

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MEDECINE

N° 29

CONSIDÉRATIONS
SUR LES
GROSSESSES EXTRA-UTÉRINES

APRÈS LE CINQUIÈME MOIS

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 27 Juillet 1915

PAR

Joseph-Raoul CAROSIN

Né à l'île Maurice (Flacq), le 30 mars 1891

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs de la Thèse	{	DE ROUVILLE, Professeur-adjoint, <i>Présid.</i>	{	<i>Assesseurs.</i>
		VALLOIS, Professeur.		
		PUECH, Prof. adjoint.		
		LAPEYRE, Agrégé libre.		



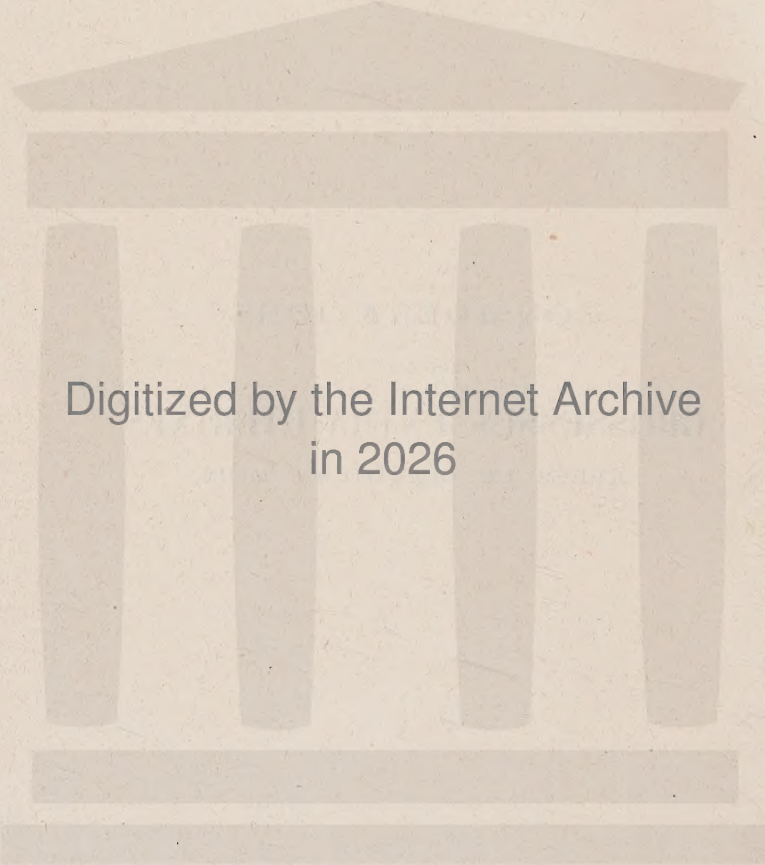
MONTPELLIER

IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE

Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1916

CONSIDÉRATIONS
SUR LES
GROSSESSES EXTRA-UTÉRINES
APRÈS LE CINQUIÈME MOIS



Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 29

CONSIDÉRATIONS

SUR LES

GROSSESSES EXTRA-UTÉRINES

APRÈS LE CINQUIÈME MOIS

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 27 Juillet 1915

PAR

Joseph-Raoul CAROSIN

Né à l'île Maurice (Flacq), le 30 mars 1891

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs
de la Thèse

{	DE ROUVILLE, Professeur-adjoint, <i>Présid.</i>	{	<i>Assesseurs.</i>
	VALLOIS, Professeur.		
	PUECH, Prof.-adjoint.		
	LAPEYRE, Agrégé libre.		



MONTPELLIER

IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE

Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1916

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM. MAIRET (*).	DOYEN
SARDA.	ASSESEUR
IZARD.	SECRÉTAIRE

Professeurs

Clinique chirurgicale	MM. TEDENAT (*).
Clinique médicale	CARRIEU (*).
Clinique des maladies mentales et nerv.	MAIRET (*).
Physique médicale	IMBERT (*).
Botanique et hist. nat. méd.	GRANEL.
Clinique chirurgicale	FORGUE (*).
Clinique ophtalmologique.	TRUC (O. *).
Chimie médicale.	VILLE.
Physiologie	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne	DUCAMP.
Anatomie	GILIS (*).
Clinique chirurgicale infantile et orthop.	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL (*).
Pathologie et thérapeutique générales	BOSC.
Hygiène	BERTIN-SANS (H.).
Clinique médicale.	RAUZIER (*).
Clinique obstétricale	VALLOIS.
Thérapeutique et matière médicale.	VIRES.
Anatomie pathologique	MASSABUAU (✱)

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, PUECH, MOURET

Doyen honoraire : M. VIALLETON

Prof. hon. : MM. E. BERTIN-SANS (*), HAMELIN (*), GRASSET (O. *)

Secrétaire honoraire : M. GOT

Chargés des Cours Complémentaires

Clinique gynécologique.	MM. DE ROUVILLE, (prof. adj.)
Accouchements.	PUECH, prof. adj.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET, prof. adj.
Pathologie externe	LAPEYRE, a. l. (ch. de c.)
Clinique des malad. des voies urinaires.	JEANBRAU (*), a. l. (ch. de c.)
Clinique ann. des mal. syphil. et cutan.	VEDEL, agr. l. (ch. de c.)
Médecine opératoire.	SOUBEYRAN, a. l. (c. c.)
Clinique annexe des mal. des vieillards.	EUZIERE, agrégé.
Accouchements.	P. DELMAS, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE	MM. RICHE	MM. J. DELMAS
GRYNFELT	CABANNES	RIMBAUD
LAGRIFFOUL	DERRIEN	ROGER
LEENHARDT	P. DELMAS	ETIENNE
GAUSSEL	EUZIERE	LISBONNE

Examineurs de la Thèse

MM. DE ROUVILLE, <i>prof.-adj., prés.</i>	MM. PUECH, <i>prof.-adjoint.</i>
VALLOIS, <i>professeur.</i>	LAPEYRE, <i>agrégé lib.</i>

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur; qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

*En reconnaissance filiale
de tout ce qu'ils ont fait pour moi.*

A LA MÉMOIRE DE MES FRÈRES

A MA FIANCÉE

*Tout mon amour et tout mon dévouement
pour son bonheur.*

A MES BEAUX-PARENTS

Faible témoignage de mon affection.

A MON BEAU-FRÈRE

*Qui défend vaillamment sa patrie,
nous souhaitons un heureux re-
tour parmi nous et un brillant
avenir.*

R. CAROSIN.

A MON ONCLE LÉON LAMUSSE

*Dont la bienveillance et le dévouement
pour nous est sans bornes, je dédie ce
modeste travail en témoignage de
vive reconnaissance.*

A MADAME LÉON LAMUSSE

ET A SA FAMILLE

A MONSIEUR ET MADAME E. TOSTÉE

ET A LEUR FAMILLE

A MADAME VEUVE AUDIBERT

ET A SA FAMILLE

A LA SOEUR MARIE-LOUISE

SUPÉRIEURE AU COUVENT DE LA VISITATION DE VACOA (ILE MAURICE)

A MADAME VEUVE ROQUES

ET A SA FAMILLE

R. CAROSIN.

A MONSIEUR FERNAND JADIN

PROFESSEUR A L'ÉCOLE SUPÉRIEURE DE PHARMACIE

A SA FAMILLE

Hommage respectueux.

R. CAROSIN,

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR DE ROUVILLE

CHIRURGIEN EN CHEF DE L'HOPITAL SUBURBAIN

A MONSIEUR LE PROFESSEUR VALLOIS

PROFESSEUR DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR PUECH

PROFESSEUR ADJOINT DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE

A M. LE PROFESSEUR-AGRÉGÉ LAPEYRE

CHIRURGIEN DES HOPITAUX

R. CAROSIN.

AVANT-PROPOS

Pour rendre moins vifs les regrets qu'apporte la fin de la vie d'étudiant, il semble que l'usage ait providentiellement placé, au début de chaque thèse, le devoir agréable de graver profondément en nous la mémoire de ceux qui nous ont fait du bien ou qui contribuèrent à notre formation médicale.

Notre première pensée de reconnaissance s'adresse à notre père. C'est lui qui, par ses sacrifices et l'amour qu'il nous a prodigués, a été notre plus ferme soutien.

Que notre excellente mère, auxiliaire fidèle du dévouement de notre père, nous permette de lui dédier ce travail, humble hommage de notre amour filial.

Le sujet de cette thèse et tout ce qui en est l'esprit resteront dans notre cœur comme le souvenir impérissable d'un maître affectionné : M. le professeur de Rouville. Par ses instructives démonstrations, par ses leçons fertiles et par l'exemple de sa méthodique observation, éclairée d'un profond esprit critique, notre Maître nous a appris, pendant la durée de notre externat dans son service, à connaître la gynécologie et à trouver, dans l'étude de cette science, de réelles satisfactions. A la première page de ce travail,

qu'il a inspiré et dont il nous fait le grand honneur d'accepter la présidence, nous lui offrons l'expression de notre vive et affectueuse gratitude.

Nous avons reçu de M. le professeur Forgue les premiers enseignements de clinique chirurgicale. Pendant une année entière, comme externe, nous nous sommes trouvé à ses côtés et avons appris toute la valeur d'une asepsie rigoureuse et parfaite et les merveilleux résultats que l'on peut en obtenir. Nous prions M. le professeur Forgue de croire que nous lui demeurerons attaché par le souvenir et la reconnaissance.

Nous ne saurions oublier que nous avons reçu de MM. les professeurs Carrieu et Rauzier les leçons fondamentales autour desquelles se sont groupées ensuite toutes nos connaissances et qu'elles ont tracé notre chemin dès le commencement. Il nous suffit de revivre dans notre mémoire les incertitudes, les craintes, les fatigues de nos débuts dans la médecine pour comprendre tout le prix de l'heureuse influence qu'ont eu nos maîtres sur notre destinée médicale.

Nous nous rappellerons toujours avec joie l'accueil plein d'encouragement et de bonté que nous avons reçu de M. le professeur Estor, professeur de clinique chirurgicale infantile. Nous avons été externe dans son service ; il a été pour nous le maître qui éclaire et qui éduque l'esprit. Nous ne pourrons jamais l'oublier.

C'est dans ce même service que notre ami le docteur Aimes, chef de clinique, nous a prodigué les marques touchantes d'un fraternel attachement ; nous avons puisé dans ses conseils, dans son exemple admirable, une grande force de travail et de courage. Nous lui offrons nos affectueux remerciements.

Nous adressons nos respectueux remerciements à MM,

les professeurs Hédon et Mouret, qui ont bien voulu nous accueillir comme interne dans leur service central d'oto-rhino-laryngologie à l'Hôpital Général. Grâce à leur enseignement, aux notions claires et précises qu'ils ont su fixer dans notre esprit par une parfaite exposition, nous avons passé dans leur service de précieux instants d'étude et de travail. Merci à nos chers amis les docteurs Burgues et Bresson, aides de clinique, ainsi qu'à MM. les docteurs Azémar et Rancoule, médecins militaires, qui nous ont donné tant de marques d'estime et d'amitié. Nous les assurons de notre très sincère souvenir.

M. le professeur Jeanbrau nous a donné les premières notions de clinique urologique ; les heures passées près de lui ne s'effaceront jamais de notre mémoire. Nous tenons aussi à l'associer aux professeurs Mouret et Massabuau, qui, tous trois, dans des circonstances diverses, ont été appelés à notre chevet. Les soins éclairés qu'ils ont prodigués au jeune patient a fait naître en notre cœur un sentiment de vive reconnaissance et de respectueuse affection.

Nous offrons très respectueusement à M. le professeur Granel l'hommage de notre reconnaissance pour les encouragements et les marques de sympathie qu'il nous a témoignés au cours de nos études.

Nous adressons des remerciements à MM. les professeurs Vallois et Puech, qui nous ont donné des observations très intéressantes pour notre thèse, pour l'obstétrique qu'il nous ont apprise, pour les encouragements et la bienveillance qu'il nous ont témoignés ; nous leurs adressons l'hommage de notre sympathie respectueuse.

Nous manquerions à notre devoir si nous n'adressions à Mlle Bazin, sage-femme en chef de la Maternité, l'hommage de notre plus respectueuse gratitude, car elle nous donna

les marques d'une inépuisable bienveillance et d'une extrême bonté.

A M. le docteur Desmonts, ancien prosecteur, chef des travaux de médecine opératoire, nous adressons notre profonde reconnaissance et nos remerciements pour ses bonnes leçons de technique opératoire et pour ses conseils éclairés.

Enfin, nous serions taxé justement d'ingratitude si nous ne disions ici combien nous sommes redevable à M. Fernand Jadin, professeur à l'École supérieure de pharmacie, notre compatriote. A celui qui nous a donné les preuves les plus nombreuses du plus affectueux intérêt et que nous sommes habitué à considérer comme un ami respecté, nous ne savons témoigner les sentiments qui nous animent, craignant de ne trouver que des expressions trop faibles pour traduire notre respect, notre affection et notre reconnaissance. C'est auprès de ce Maître aimé que nous avons reçu les conseils les plus précieux.

Nous adressons nos respectueux remerciements à MM. les professeurs Tédénat, Sarda, Gilis, Vialleton, Bertin-Sans, Lapeyre, Bosc, Lagriffoul, Riche, J. Delmas, ainsi qu'à tous les maîtres de cette École dont les savantes leçons nous ont préparé à l'étude des grandes lois de la clinique.

A côté de tant de noms qui nous sont chers, nous avons hâte d'inscrire celui de notre excellent ami, M. Charles-Ricard Pomarède, notre camarade d'étude, interne du service de gynécologie. Les mille preuves de vraie et sincère amitié, de cordial dévouement qu'il nous a données depuis que nous le connaissons méritent plus et mieux que de vaines formules de reconnaissance. Nous serions heureux de lui prouver que notre amitié et notre affection pour lui sont telles qu'il les mérite.

Nous remercions M. Émile Izard, le distingué secrétaire

de la Faculté de médecine, de son accueil toujours sympathique et de la bonté qu'il nous a toujours témoignée.

Qu'on nous pardonne cette longue préface. Nous n'avons pu résister au désir de nous rappeler tout le bien reçu pendant notre vie d'étudiant ; nous avons voulu le redire pour garder une grande place dans notre cœur à tous ceux qui nous ont encouragé et aimé.

CONSIDÉRATIONS

SUR LES

GROSSESSES EXTRA-UTÉRINES

APRÈS LE CINQUIÈME MOIS

INTRODUCTION ET APERÇU GÉNÉRAL DE LA QUESTION

Un service de gynécologie ne ménage pas à un étudiant de bien grandes trouvailles. Les cas qui se présentent à lui se renouvellent incessamment, cas déjà maintes fois étudiés avec un luxe de détails et une précision sans retouches, à telles enseignes qu'il n'ose pas reprendre des questions mises aujourd'hui parfaitement au point.

Nous devons au hasard la bonne fortune de nous avoir procuré un cas curieux de grossesse extra-utérine. Nous avons conçu le projet d'en faire le sujet de notre thèse. Certainement nous n'avons pas la vanité de penser que notre travail va résoudre définitivement une question de cette importance. Notre bibliographie est là qui nous dicte plus de prudence. Mais nous avons pensé, en toute modestie, que le cas de grossesse extra-utérine que nous

avons pu examiner à loisir, voir opérer, surveiller dans ses suites post-opératoires immédiates et jusqu'à sa sortie de la clinique de gynécologie méritait de retenir longuement notre attention, car un enseignement clinique nous paraît devoir en découler.

La grossesse dite extra-utérine ou ectopique, c'est le développement de l'œuf fécondé hors de la cavité utérine. La question a reçu un éclat et une précision heureuse du jour où l'on a mieux connu les phénomènes de l'ovulation et de la fécondation et lorsque, grâce aux progrès réalisés par la chirurgie, on a pu conduire avec une technique de plus en plus parfaite la laparotomie ; l'intervention a permis de se rendre compte et de tirer des conclusions utiles sur la conduite à tenir au cours des diverses phases de cette « *mauvaise grossesse* », suivant l'expression de Levret. Elle a permis aussi de classer les diverses variétés, suivant lesquelles elles pouvaient se présenter. Ici, comme dans beaucoup d'autres chapitres, les auteurs ont montré de l'ingéniosité d'imagination, tel Dezeimeris qui décrivait dix espèces de grossesses extra-utérines. Mais, cependant, la classification de Levret, a prévalu, et tout le monde est d'accord aujourd'hui pour admettre que le développement de l'œuf peut se faire dans la *trompe*, près de l'*ovaire* ou même en pleine *cavité abdominale*.

Quelle que soit la variété à laquelle on a affaire, cette grossesse, pour si anormale qu'elle soit, s'accompagne de phénomènes qui se rapprochent à beaucoup près de la commune mesure des grossesses banales. Du côté maternel, on assiste à la transformation des capillaires en sinus, à une hypertrophie de l'utérus pendant les deux ou trois premiers mois et qui reste tel durant tout le cours de la grossesse, à un ramollissement du col et de

la muqueuse tapissant la cavité interne. Ces phénomènes se produisent évidemment avec plus ou moins d'intensité, suivant le point de la grossesse ectopique, de même que le retentissement général sur l'organisme de la mère est plus ou moins accusé. Pour ce qui est de l'œuf, il possède le chorion et l'amnios. « Quant à l'enveloppe d'origine maternelle, qui remplace la caduque ou plutôt l'utérus, et prend ici le nom de paroi du kyste fœtal, elle n'est pas la même dans tous les cas et varie avec le lieu où se développe l'œuf. Tantôt la paroi de la trompe, dans la variété tubaire, tantôt les éléments du ligament large, tantôt une portion de l'ovaire constituent avec le péritoine et des néo-membranes l'enveloppe que fournit à l'œuf l'organisme maternel. L'épaisseur des parois du kyste est plus ou moins considérable, et sa structure n'est pas la même, car l'œuf se coiffe, pour ainsi dire, des éléments qui l'avoisinent. » (Pinard.)

Le placenta est très variable, le liquide amniotique plus ou moins abondant

Dans toutes les variétés de grossesse ectopique, *grossesse tubaire*, à variété interstitielle proprement dite, ou *tubo-abdominale*, *grossesse ovarique*, *grossesse abdominale*, on peut assister à une terminaison par rupture du kyste, rupture plus ou moins fréquente, plus ou moins précoce qui peut se faire : 1° *au niveau de la paroi abdominale*, près de l'ombilic le plus ordinairement ; 2° *dans l'intestin*, habituellement dans le gros intestin ; 3° *dans le vagin* ; 4° *dans l'utérus*, très rarement ; 5° *dans la vessie*, et alors le pronostic est très grave, par suite de la cystite purulente presque irrémédiablement concomitante.

Plusieurs sorts sont réservés au fœtus qui s'est ainsi développé en position ectopique. Très rares sont les cas où il se développe normalement jusqu'à terme. Mais en

prenant les cas les plus heureux, on admet généralement qu'il meurt avant terme. Très souvent, il succombe dans les trois premiers mois, et il est alors résorbé tout comme le liquide amniotique. Si sa mort se produit plus tard, il peut se putréfier, se transformer en *lithopédion* ou se momifier. La rétention du fœtus peut n'être accompagnée d'aucun accident, ou bien, au contraire, par suite de sa putréfaction, il engendre une péritonite généralisée ou subaiguë

Vient ensuite la symptomatologie, très variable, la grossesse extra-utérine pouvant évoluer comme une grossesse normale, ou bien pouvant se manifester par une douleur violente s'accompagnant de phénomènes généraux très graves et entraînant la mort de la mère ; c'est qu'alors il y a eu rupture du kyste. On peut avoir, comme dans une grossesse normale, une suppression des règles, une augmentation de volume du ventre et des seins, des phénomènes sympathiques multiples. Mais les femmes se plaignent presque tous les jours de douleurs dans le bas-ventre, irradiées dans les lombes avec exacerbation au moment des époques menstruelles. On peut avoir du météorisme, de la douleur vive à la palpation, même légère, de la paroi abdominale. On note, en même temps, des symptômes de voisinage : troubles de la miction, constipation, de la diarrhée. Bien qu'il y ait suppression des règles, la femme dit avoir perdu du sang soit à la période menstruelle, soit dans l'intervalle, et cet écoulement peut être franchement rouge ou couleur marc de café, ou séro-purulent.

La palpation permet de déceler le kyste fœtal lorsqu'il a acquis un certain développement, qu'il peut siéger indifféremment à droite, à gauche ou au milieu et être de consistance variable ; il peut faire percevoir du ballottement ou

la crépitation osseuse si le fœtus est mort. L'auscultation peut donner des renseignements utiles, moins, cependant, que le toucher. Grâce à lui, en effet, on peut noter le ramollissement du col, la présence d'une tumeur. Le toucher combiné au palper permet de différencier la tumeur de l'utérus.

La grossesse extra-utérine a une marche et une fin dont les modalités diffèrent suivant que le kyste augmente de volume comme le fœtus qu'il contient, ou qu'il se rompe, suivant que le fœtus succombe ou se développe jusque près du terme. Il y a un *faux travail* suivi presque fatalement, au bout de quelques heures, de la mort du fœtus. Un fait qui est très curieux à noter, c'est que le faux travail peut se manifester pendant un long espace de temps.

Nous en arrivons maintenant au chapitre le plus important, le *diagnostic*. Pendant la première moitié de la grossesse, le clinicien est dans l'impossibilité presque absolue d'affirmer qu'il y a grossesse et *a fortiori* que cette grossesse est ectopique. Certainement, on constate une tumeur, mais sa nature demeure mystérieuse. Ces incertitudes cessent en partie lorsqu'on arrive à la deuxième moitié. Un toucher attentif montre l'existence d'une tumeur indépendante de l'utérus, mais pour diagnostiquer à coup sûr que cette tumeur renferme un fœtus, il faut que ce dernier soit vivant. Les difficultés augmentent si la grossesse a lieu dans un utérus qui présente un arrêt de développement, qui manifeste alors les mêmes symptômes qu'une grossesse extra-utérine vraie, si la grossesse extra-utérine coexiste avec un hydramnios ou avec une grossesse utérine ordinaire. On peut être amené à se demander s'il y a eu un avortement.

Le diagnostic donc, est certainement d'une com-

plexité troublante, qu'il s'agisse de la première ou de la seconde moitié de la grossesse extra-utérine.

Nous passerons sous silence les causes de ces grossesses ectopiques. Là, en effet, le champ des hypothèses est très vaste, mais importe peu.

Pour ce qui est du pronostic, on peut dire qu'il suscite de graves appréhensions, graves pour le fœtus, car sa mort est presque toujours fatale, graves pour la mère qui peut succomber à la rupture du kyste, moins graves cependant depuis que nous savons mieux conduire la laparotomie.

Woerth a prétendu que la grossesse extra-utérine devait être considérée comme une *tumeur maligne* et ses idées ont prévalu, car chacun admet aujourd'hui que le pronostic pour le fœtus et la mère est de la plus haute gravité. Mais puisque nous avons affaire à une tumeur maligne, nous devons nous résoudre le plus promptement possible à l'extirpation. Telle est la conclusion que le pur bon sens et la logique la plus simple imposent à notre décision. Les divers moyens qui ont été préconisés pour combattre la grossesse ectopique sont les suivants : la *cure de faim* par l'abstinence et les purgatifs ; les *saignées* ; l'emploi de la strychnine, les injections d'ergoline, les frictions mercurielles, l'administration de l'iodure de potassium, la compression de la tumeur avec des petits sacs de sable, etc., etc. Nous passons, sans insister davantage, sur les moyens anodins dont le moins que l'on puisse dire d'eux aujourd'hui c'est qu'ils nous font sourire. On a encore ponctionné le kyste, parfois on ne s'est pas contenté de la simple ponction, et on l'a fait suivre d'injections de substances toxiques ; on a encore employé la faradisation et les courants galvaniques qui, en Amérique, ont donné quelques résultats.

Cette incertitude de traitements qu'on a successivement institués n'ont plus aujourd'hui qu'un intérêt historique. Présentement c'est à la laparotomie ou à l'élytrotomie qu'on s'adresse. Mais, ici, encore, les avis sont partagés. Pendant la première moitié de la grossesse, l'intervention chirurgicale est acceptée par la quasi-unanimité des accoucheurs et des chirurgiens. Est-on en présence d'une grossesse extra-utérine évoluant après le cinquième mois, la temporisation est conseillée le plus longtemps possible si le fœtus est vivant ; elle a alors l'avantage d'augmenter les résistances vitales du fœtus et de diminuer les hémorragies qui peuvent se produire chez la mère alors qu'elles sont très rares lorsque le fœtus a succombé. Que si le fœtus est mort, la laparotomie s'impose toujours et le plus rapidement possible.

Nous nous excuserions presque d'avoir ainsi embrassé dans un coup d'œil d'ensemble et très succinct tout ce grand chapitre des grossesses extra-utérines, s'il nous était arrivé d'aventure d'oublier le titre de cette thèse. Notre sujet est très délimité. Il nous a paru qu'entrepreuant l'étude de la grossesse extra-utérine après le cinquième mois, nous ne pouvions pas, de propos délibéré, méconnaître ce qui se passait dans la première moitié.

Nous nous proposons de donner plusieurs observations, dont deux inédites, de grossesses extra-utérines, de les étudier en disant ce que nous avons vu nous-même, de montrer tout ce que l'on peut tirer pour la clarté et la précision du diagnostic et d'une intervention ultérieure par l'examen d'une symptomatologie très serrée. En d'autres termes, nos observations serviront de pivot autour duquel se fera notre discussion ; elles nous serviront de base ; c'est par elles que notre sujet vaudra.

OBSERVATIONS

Observation Première

(Due à l'obligeance de M. le professeur Puech)

Grossesse extra-utérine. — Fœtus libre dans la cavité abdominale.
Laparotomie. — Guérison

La nommée C. . Louise, vingt-sept ans, célibataire, entre à la clinique d'accouchements le 5 janvier 1893, se croyant près du terme d'une grossesse, dont elle fait remonter le début au 15 avril.

Pas d'antécédents héréditaires intéressants. Dans ses antécédents pathologiques personnels, on ne relève qu'une fièvre typhoïde qui a évolué sans complications.

Réglée pour la première fois à seize ans, elle a toujours eu une menstruation irrégulière et peu abondante. Leucorrhée depuis cette époque. A l'âge de vingt et un ans, grossesse terminée à terme et naturellement par la naissance d'un enfant vivant, qui a succombé le troisième jour. La menstruation s'est montrée deux mois après, mais comme par le passé elle a continué à être peu abondante et irrégulière.

Dernière application des règles le 15 avril. Peu après, se produisent les phénomènes habituels du début de la grossesse. En septembre, les mouvements du fœtus sont perçus pour la première fois, ne différant en rien de ceux sentis lors de la grossesse antérieure. Mais à la date du 14 novembre, ces mouvements acquièrent une intensité peu commune : ils deviennent tumultueux au point que la malade en était gênée pour dormir. Cela dura pendant dix jours ; brusquement, le 24 novembre, ces mouvements dispa-

raissent et depuis lors ils n'ont plus été perçus. A cette époque aussi, la malade a remarqué que ses seins ont diminué de volume, sans que cette diminution de volume, à s'en rapporter à son récit, ait été précédée de phénomènes rappelant la montée de lait.

Depuis ce moment jusqu'à son entrée dans le service, la malade a toujours pu vaquer à ses occupations, n'éprouvant aucune douleur, aucun malaise ; tout au plus, de temps en temps, quelques vagues douleurs de reins. A noter même la disparition des varices, qui s'étaient montrées dans les premiers temps de cette gestation.

En examinant la femme le lendemain de son entrée dans le service, je constatai que le ventre était peu volumineux, qu'il renfermait une tumeur, dont le fond, déjeté à droite, dépassait l'ombilic de trois travers de doigt et qui me parut être un utérus renfermant un fœtus transversalement dirigé. Le col était long, ramolli, moins cependant qu'on aurait dû le trouver à cette époque de la grossesse et chez une multipare ; l'orifice externe entr'ouvert portant une encoche sur la commissure droite, laissait un peu pénétrer l'extrémité de l'index. A l'auscultation, pas le moindre bruit du cœur fœtal. La paroi utérine paraissait flasque ; la femme accusait une sensation de déplacement de l'utérus dans le côté sur lequel elle se couchait. Depuis le 4 janvier, il s'écoule un peu de sang par les voies génitales ; cet écoulement persiste pendant une dizaine de jours.

En présence des renseignements fournis par la malade et de ces diverses constatations, je portai le diagnostic « d'enfant mort retenu dans la cavité utérine » et pensai que le travail se déclarerait dans quelques jours, à l'époque du terme. Ce diagnostic fut d'ailleurs confirmé par le professeur Grynfeldt et par le docteur Guinier, qui me remplaça pendant un mois dans les fonctions de chef de clinique.

Le 22 février, la femme, dont l'état général est excellent, commence à perdre en rouge assez abondamment : on dirait une véritable perte menstruelle ; le 25, la perte diminue un peu, et le 28 elle a complètement disparu.

C'est alors qu'examinant à nouveau la malade, je crus pouvoir conclure à l'existence d'une grossesse ectopique.

Par le palper abdominal, on arrivait à limiter nettement deux tumeurs : l'une, la plus volumineuse, constituée par le fœtus,

siégeait à droite ; elle était, au reste, facilement déplaçable et on pouvait la refouler jusque sous le rebord des fausses côtes. Le fœtus paraissait flotter librement au milieu des anses intestinales. Au-dessus du pubis, la main sentait, le dépassant de deux travers de doigt, une seconde tumeur lisse, de forme arrondie et absolument indépendante de la première. En combinant le toucher au palper, cette tumeur semblait se continuer absolument avec le col ; on sentait seulement, avec le doigt introduit dans le cul-de-sac antérieur, une sorte de sinus ouvert en avant, donnant l'impression d'un corps utérin volumineux, fortement fléchi sur le col. Ce dernier, au lieu de la mollesse notée lors du premier examen, semblait avoir repris les caractères qu'on lui trouve chez une femme en dehors de la gravidité. Dans la fosse iliaque droite, on sent une sorte d'empâtement vague.

Je portai le diagnostic de « grossesse extra-utérine, avec enfant mort libre dans la cavité abdominale ». La tumeur hypogastrique fut considérée comme un utérus hypertrophié par le fait de cette grossesse et fortement antéfléchi. Le lendemain, M. le professeur Grynfeldt faisait les mêmes constatations et portait le même diagnostic.

Le 7 mars, la laparotomie fut pratiquée par M. Grynfeldt.

Dès l'ouverture de la cavité abdominale, la main introduite tombe sur le fœtus, qui est trouvé libre au milieu des anses intestinales et est extrait facilement. Avant de sectionner le cordon, on veut aller à la recherche du placenta en s'en servant comme guide ; mais, profondément altéré, il casse aussitôt, et force est de se passer de son secours. La main introduite du côté de la fosse iliaque droite, où l'on avait noté cette sorte d'empâtement signalé dans l'observation, fouille vainement la région.

Dans l'angle inférieur de l'incision abdominale, paraît une tumeur lisse, arrondie, qui donne tout d'abord l'impression du corps de l'utérus. Mais, en introduisant la main plus en arrière et plus profondément, on attire l'utérus, qui était comme coiffé par cette masse. Celle-ci est amenée assez facilement au dehors et l'on constate qu'elle tient au côté gauche de l'utérus par un pédicule, qui n'est autre que la trompe correspondante. Un fil est jeté sur ce pédicule, qui est sectionné et est abandonné dans l'abdomen. A droite, ablation de l'ovaire qui présente un commencement de dégé-

nérescence kystique. Suture de l'incision abdominale, sauf dans l'angle inférieur, par lequel on introduit jusque dans le Douglas une mèche de gaze iodoformée. L'opération a duré une heure et quart.

Les suites opératoires n'ont présenté rien de particulier. Le 24, la malade commençait à se lever ; et le 8 avril, elle quittait l'hôpital complètement guérie.

Examen des pièces. — Elles se composent de deux parties : le fœtus et le placenta.

Le fœtus, du sexe féminin, mesure de 34 à 35 centimètres et pèse 750 grammes. La tête, fortement aplatie dans le sens du diamètre bipariétal, est fléchie sur le devant de la poitrine, en même temps qu'inclinée sur l'épaule droite et sur le bras droit. Dans cette attitude le fœtus est maintenu par l'amnios, qui est étroitement adhérent au revêtement cutané ; il est nécessaire de déchirer cette membrane pour dégager la tête et le bras du tronc. Les cuisses sont en flexion à angle droit et abduction forcée ; les jambes repliées, de sorte que les talons touchent les fesses. Cette position est également maintenue par l'adhérence de l'amnios à la peau. L'amnios coiffe les quatre extrémités comme un gant bien appliqué, de telle façon qu'il est nécessaire de l'arracher pour mettre en liberté les doigts et les orteils, qui sont fortement fléchis et serrés les uns contre les autres. De même les yeux, la bouche, le nez et les oreilles sont recouverts par l'amnios.

La masse placentaire a la forme et le volume d'une grosse poire. Du petit bout de la tumeur part la portion de la trompe gauche, qui reliait la tumeur à l'utérus, et sur laquelle a porté la section. A la partie renflée vient aboutir un débris de cordon ombilical. Sur la face postérieure adhère l'ovaire gauche. La surface de la masse est absolument lisse. A la coupe elle présente un tissu rapelant en tous points le tissu placentaire, renfermé dans une poche dont la paroi mesure 2 millimètres 1/2 d'épaisseur, et que l'examen histologique, pratiqué dans le laboratoire de M. le professeur Kiener, démontra être la trompe.

D'après M. Kiener, le fœtus, développé primitivement dans la trompe, aurait été expulsé à travers l'ostium péritonéal dans la cavité abdominale, où il aurait continué à s'accroître jusqu'à sa mort.

Observation II

(Inédite. Due à l'obligeance de M. le professeur Vallois.)

Grossesse extra-utérine. — Mort du fœtus à sept mois. — Laparotomie trois mois après la mort du fœtus. — Guérison et sortie de la malade, trente-trois jours après l'opération.

A. .. Pauline, vingt-trois ans, épouse T... Noël, sans profession, née à Lodève (Hérault), demeurant à Lodève. Primigeste. Entrée le 1^{er} novembre 1907.

Antécédents héréditaires. — Père mort, à cinquante-trois ans, de pneumonie. Père de l'enfant bien portant.

Antécédents personnels. — A été nourrie au sein et a marché à quatorze mois.

Généraux : Rougeole dans son enfance. Ni bacillose, ni spécificité.

Génitaux : Depuis son mariage (dix-neuf ans), leucorrhée assez abondante, sans douleur.

Ménstruation. — Etablissement à douze ans. Etat habituel : régulière, assez abondante, sans douleur, ni caillot

Primipare.

Grossesse actuelle. — Date des dernières règles, 16 au 20 janvier 1907. Date des premiers mouvements actifs, juin.

Pendant les premiers temps de la grossesse, céphalée persistante et vomissements le matin. Vers le 20 mars, apparaît un écoulement sanguin moins abondant et plus pâle que l'écoulement menstruel. Il est accompagné de douleurs abdominales. Disparition des douleurs et de l'écoulement jusqu'au mois de juin. A cette époque, la malade aurait eu une perte de sang plus abondante que les précédentes et, en même temps, les douleurs réapparaissent.

Vers le milieu du mois d'août, à 11 heures du soir, la malade est réveillée par de vives douleurs abdominales, qui lui font croire à un début de travail. Elle envoie chercher une sage-femme. Après examen, cette dernière déclare qu'il n'y a aucun travail. En même temps que les douleurs, la femme aurait perdu un liquide fétide et jaunâtre. A partir de ce moment, tous les troubles sympathi-

ques de la grossesse auraient cessé. Les mouvements actifs de l'enfant n'auraient plus été perçus, et l'auscultation, pratiquée à plusieurs reprises par la sage femme, n'a pas permis d'entendre les battements du cœur fœtal. On aurait observé également une montée laiteuse. Dès le lendemain du faux travail, la femme se levait et reprenait ses occupations ordinaires. Plus tard, elle remarqua que son ventre diminuait de volume.

Le 15 octobre, réapparition des règles, qui durèrent cinq jours et offrirent les mêmes caractères qu'avant la grossesse. Sur les conseils de la sage-femme et d'un médecin, qui tous deux diagnostiquèrent une grossesse extra-utérine, la femme vint consulter M. le professeur Vallois, qui lui a conseillé d'entrer dans son service. La malade rentre à la clinique obstétricale le 1^{er} novembre, et l'examen donne les résultats suivants :

La vessie et l'intestin ayant été vidés, on perçoit, au niveau de la région hypogastrique, une tumeur remontant à 17 centim. au-dessus du pubis. Par le palper, il est facile de délimiter cette tumeur, qui semble contenir des parties irrégulières et diverses.

L'auscultation ne permet de percevoir aucun battement ni aucun souffle.

Au toucher, on trouve le col utérin directement derrière la symphyse pubienne ; il est long, légèrement ramolli, l'orifice externe est fermé. Dans le cul-de-sac de Douglas, on perçoit une tumeur volumineuse dure, arrondie, offrant nettement tous les caractères d'une tête fœtale. Cette dernière plonge fortement dans l'excavation et on a la sensation qu'elle n'est séparée du doigt explorateur par aucune masse placentaire.

Les os du crâne sont mobiles les uns sur les autres. Le cathétérisme intra-utérin, pratiqué avec une petite bougie de Hégar, montre que l'utérus mesure 9 centim. Cet organe est situé directement au-dessus de la symphyse pubienne. L'état général de la femme est satisfaisant. Elle ne se plaint d'aucun malaise, d'aucun trouble ; le pouls et la température sont normaux. Les seins contiennent encore du colostrum.

Du 5 au 10 novembre, écoulement sanguin offrant des caractères de l'écoulement menstruel. En résumé, il s'agit *d'une grossesse extra-utérine qui s'est développée jusqu'à sept mois. A ce moment, le*

fœtus a succombé ; actuellement, la mort de ce dernier remonte à trois mois.

Une intervention est indiquée, et quoique certaines particularités semblent en faveur de l'élytrotomie, M le professeur Vallois préfère opérer par la voie abdominale. Cette opération, qui a lieu le 20 novembre, à 9 heures du matin, est pratiquée par M. Vallois, aidé de M de Rouville et du personnel du service. Anesthésie avec un mélange d'éther, de chloroforme et d'alcool.

La paroi abdominale est incisée sur la ligne médiane. L'incision s'arrête en bas, à deux travers de doigt du pubis et se termine en haut, à 1 centim environ au dessus de l'ombilic, qu'elle contourne à gauche. Le péritoine pariétal incisé, on aperçoit directement le fœtus recouvert d'un revêtement membraneux, qui semble lui être adhérent ; la femme est mise alors en position de Trendelenbourg, le dos du fœtus regarde à gauche, ses pieds sont en haut et à droite. On saisit le pied antérieur et on procède à l'extraction du fœtus. Ce dernier semble retenu, surtout en arrière, par des adhérences à l'intestin grêle. Ces adhérences sont peu solides et sont décollées à mesure qu'on extrait le fœtus ; la tête, qui plonge fortement dans l'excavation, est extraite à l'aide d'un doigt introduit dans la bouche. Cette extraction présente quelques difficultés. Derrière la symphyse pubienne, on aperçoit le globe utérin, qui offre le volume d'un utérus gravide de deux mois et demi environ. Les anses intestinales, qui ont tendance à sortir hors de l'abdomen, sont maintenues par des compresses stérilisées ; la plus grande partie des membranes qui formait le kyste fœtal a été trouvée adhérente au fœtus et a dû être extraite avec lui.

Il ne reste plus que quelques débris épars, adhérents au péritoine ; on n'a pas pu reconnaître la présence d'une masse placentaire. On termine par un Nickulicz. Dans le sac, dont le fond répond au cul-de-sac de Douglas, on introduit six bandes de gaze stérilisées. Un gros drain est également placé jusqu'au fond du Douglas. Trois plans de suture ferment la paroi abdominale. Surjet au catgut pour le péritoine. Suture musculo-aponévrotique, suture de la peau au crin de Florence.

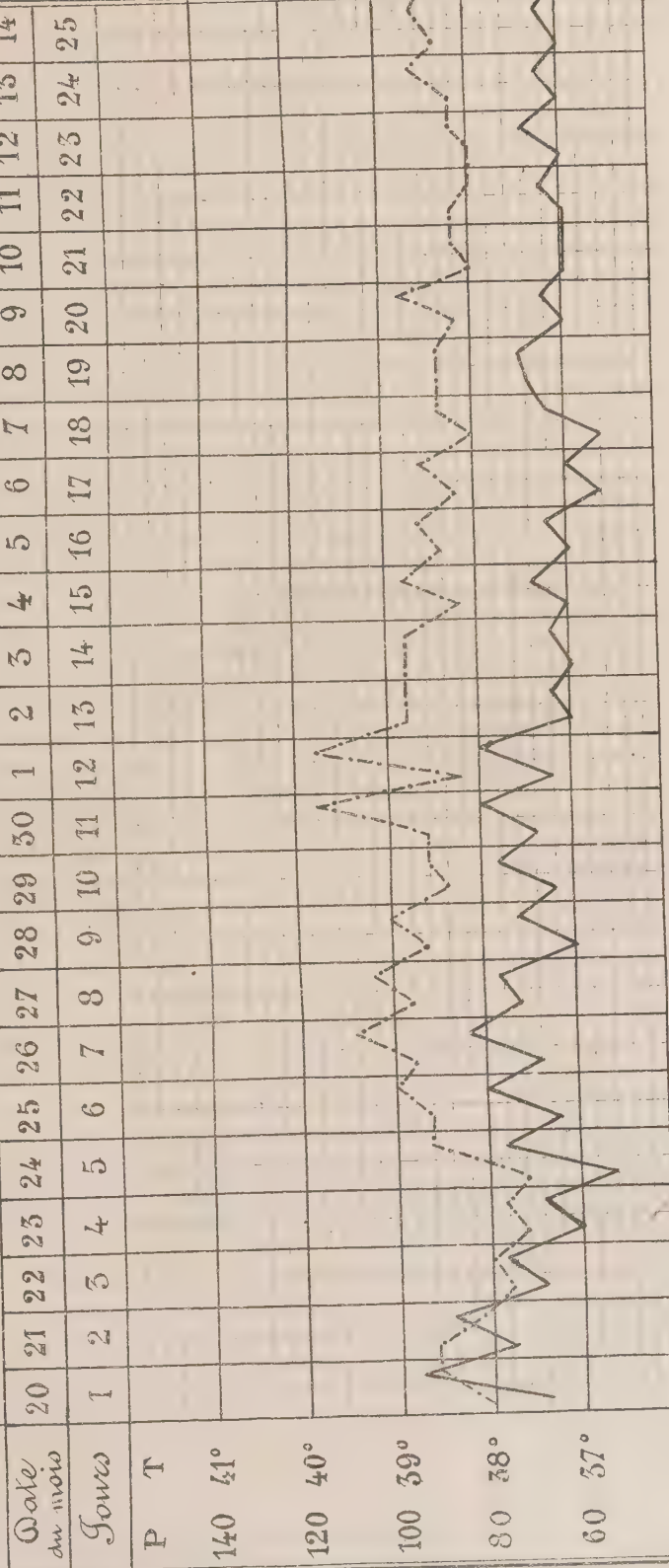
Examen du fœtus. — Le fœtus, du sexe masculin, mesure 38 centimètres de long et pèse 1050 grammes. Son aspect est celui d'un fœtus macéré. La tête est flasque. Les os de la tête sont mobiles,

1907

1907

Décembre

Novembre



— Température
 --- Pulsations

les uns sur les autres ; la peau s'enlève sous la moindre pression. Le ventre est plat, il n'est pas étalé, élargi, comme d'habitude, dans les cas de macération. A ce niveau, la peau présente une teinte noirâtre et donne au toucher la sensation d'une lamelle de cuir. Sur la tête et sur le dos, on trouve des traces d'enduit sébacé. Sur le corps du fœtus, on observe, par places, des lambeaux membraneux plus ou moins étendus, plus ou moins complets, qui sont appliqués étroitement sur les tissus sous-jacents et semblent moulés sur eux, mais ne leur sont pas adhérents et peuvent en être détachés. Isolés, ces lambeaux peuvent être dédoublés. La membrane interne semble être l'amnios, l'externe est la plus épaisse. En certains endrs, coites lambeaux sont plus étendus. Ainsi, sur le sommet du crâne, il existe une sorte de calotte membraneuse appliquée sur le cuir chevelu, mais pouvant en être séparée. La main, l'avant-bras et une partie du bras du côté gauche sont complètement recouverts par un manchon ou plutôt un gant membraneux qui semble moulé sur le membre. Ce dernier peut être facilement débarrassé de son revêtement membraneux. On observe également, au niveau du membre inférieur droit, une botte membraneuse recouvrant complètement et d'une façon étroite le pied, le jambe et une partie de la cuisse. Le cordon ombilical, qui est très mince, est détaché à 8 centimètres de l'ombilic.

Suites opératoires. — Le 23 novembre, on retire quatre bandes de gaze.

Le 26 novembre, les dernières bandes et le sac de gaze sont enlevés.

Le 30 novembre, on enlève le drain et le crin de Florence.

Le 11^e décembre, la plaie produite par le drain est à peu près cicatrisée.

Il y a encore un léger écoulement, qui tache le pansement.

Le 18 décembre, on remplace le pansement par une sangle de Glénard, et la malade reste quelques heures sur la chaise longue.

Sortie de la femme, complètement guérie, le 22 décembre 1907.

Observation III

(Personnelle)

(Recueillie dans le service de M. le professeur de Rouville)

J... E..., épouse T..., trente-cinq ans.

Entre à l'hôpital suburbain, service de gynécologie, le 1^{er} février 1916, pour une volumineuse tumeur abdominale.

Antécédents personnels. — Réglée pour la première fois à l'âge de treize ans, dans d'excellentes conditions. Règles très régulières, apparaissant chaque vingt-huit jours et durant huit jours environ. Très anémiée à seize ans. Mariée à vingt-trois ans. Une première grossesse immédiatement après son mariage, grossesse à terme, travail normal et accouchement naturel. Un superbe garçon, nourri au sein maternel pendant dix mois. Retour des couches un mois après l'accouchement, et la santé est devenue excellente. Deux ans après, la malade part avec son mari pour Saïgon, où, pendant un séjour de trois ans, elle n'a jamais été malade. Pas de nouvelle grossesse, pas de menace d'avortement, les règles sont toujours demeurées régulières. Vers la fin de la troisième année, à la suite de violentes douleurs abdominales, la malade rentre en France et elle est soignée à Nîmes pour une appendicite. Le chirurgien qu'elle a consulté lui conseillé une intervention qu'elle accepte. Appendicectomie. Bonnes suites opératoires. Quelque temps après, la malade repart pour Saïgon. En mars 1914, elle rentre définitivement en France. Dans les premiers jours du mois d'avril 1915, la malade est prise de coliques hépatiques suivies d'ictère et d'hypertrophie du foie. Grâce au traitement constitué, ces phénomènes cessent peu de temps après, cependant que la malade s'apercevait pour la première fois que ses règles étaient moins abondantes. En mai 1915, elle a noté la première suppression totale des règles ; se croyant enceinte, elle va voir un médecin à Toulon, qui lui dit qu'il ne peut pas porter de diagnostic pour l'instant et l'engage à revenir un mois après. Nouvelle consultation et à la suite de laquelle le docteur admet la possibilité d'une grossesse et supprime le régime institué contre les coliques hépatiques et conseille la suralimentation. La

malade, qui cependant n'était pas à sa première grossesse, ne ressent aucun des symptômes dits « sympathiques de la grossesse ». Elle dit cependant avoir remarqué que son ventre avait augmenté de volume.

Au cinquième mois, la malade va consulter un spécialiste à Toulon qui émet des doutes sur la présence d'un fœtus et conseille un nouvel examen à sept mois. L'état général de la malade n'est pas mauvais. Le seul symptôme qu'elle accuse est de ne pouvoir uriner facilement. Elle ne peut le faire qu'en décubitus dorsal. A part cela, ne souffrant de rien, elle vaquait comme d'habitude à ses occupations journalières. Vers la fin du mois d'octobre, alors qu'elle faisait son marché le matin, elle glisse et tombe de sa hauteur sur le flanc gauche, et, quelques jours plus tard, pour la première fois, brusquement, elle sent remuer. Le ventre avait continué à augmenter de volume et ne doutant plus de la présence d'une grossesse, elle va consulter une sage-femme qui porte le diagnostic de grossesse normale. Quelques jours après, les mouvements devenaient de plus en plus brusques, ce qui lui causait même quelques douleurs; elle alla revoir la sage-femme qui lui conseilla des lavements évacuatifs et laudanisés, ainsi que des frictions avec de la camomille sur l'abdomen.

Le 17 novembre, au retour d'une promenade à la campagne, la malade ne se sentait pas très bien, mais, cependant, la nuit du 17 au 18 novembre a été relativement bonne, et ce n'est qu'à son réveil, le 18 au matin, à son grand étonnement, qu'elle s'aperçoit de fortes pertes rouges. La sage-femme, prévenue, demande le concours d'un médecin qui conseille une intervention quoiqu'il ne puisse affirmer s'il y a vraiment grossesse, et *a fortiori*, la nature de cette grossesse. Il conseille d'en attendre le terme, c'est-à-dire fin janvier.

Ces pertes ont duré huit jours avec tous les caractères de règles normales. Quinze jours plus tard, la malade s'aperçoit qu'elle perd de nouveau, davantage cette fois et pendant plus longtemps, quinze jours environ. Tous ces phénomènes sont tout à fait indolores. Dès les premières pertes, les mouvements du fœtus avaient cessé d'être perçus. L'abdomen, qui avait augmenté de volume, s'est maintenu gros. L'état général de la malade a toujours été excellent. Le 29 janvier, l'accouchement ne s'étant pas produit, sur

les conseils d'une accoucheuse la malade vient à Montpellier consulter le professeur de Rouville

Examen. Toucher combiné au palper — On sent une tumeur développée aux dépens de l'ovaire gauche, l'utérus paraît indépendant et fortement rejeté en avant par la tumeur nettement perceptible et s'élevant à peu près au niveau de l'ombilic. Le professeur de Rouville porte le diagnostic de grossesse extra-utérine et conseille une intervention à la malade qui accepte.

La malade est opérée sous anesthésie générale à l'éther et M. de Rouville pratique la laparotomie le 15 février 1916.

Dès l'ouverture de la cavité abdominale, on tombe immédiatement sur un fœtus mort et macéré, libre, flottant parmi les anses intestinales. On l'extrait sans difficulté aucune. Le cordon est résorbé ; il n'en reste plus aucune trace et on va à la recherche du placenta. Le placenta est divisé en deux parties à peu près d'égale volume : une partie implantée sur la face postéro-supérieure de l'utérus et l'autre partie au fond du cul de sac de Douglas. Après mille difficultés pour les arracher, on n'y parvient pas, et, craignant une hémorragie, M. le professeur de Rouville préfère faire une hystérectomie subtotale. L'opération fut pratiquée, et avant de fermer la cavité péritonéale, on s'aperçoit que l'appendice, dont la malade avait prétendu subir l'extirpation à Nîmes, lors de sa première crise appendiculaire, n'avait été nullement enlevé par le chirurgien. Après examen attentif de cet organe, qui présentait un léger degré d'inflammation, M. le professeur de Rouville décide de faire l'appendicectomie par la méthode habituelle.

On draine. Suture au catgut du péritoine et des muscles. Fermeture de la paroi avec des agrafes de Michel. Pansement compressif.

Examen des pièces. — Le fœtus, du sexe féminin, mesure environ 40 centimètres et présente plusieurs plaques de macération. Les os de la tête chevauchent les uns sur les autres. Le placenta est bilobé, chaque partie étant un peu plus grosse qu'une orange.

L'utérus était d'un volume se rattachant sensiblement de la normale. Il n'y a aucune trace de la rupture de la trompe. On peut même se demander s'il n'y a jamais eu rupture. On peut admettre que l'on se trouve en présence d'une grossesse abdominale primi-

tive avec migration de l'œuf fécondé dans la cavité abdominale par l'ostium abdominale de la trompe.

Le malade n'a jamais présenté aucun signe d'infection. La température rectale n'ayant jamais dépassé 37°4. On enlève le drain quarante-huit heures après l'opération. La malade reste couchée quinze jours et se lève le seizième. Le dix-huitième jour, elle quitte la clinique, guérie.

Observation IV

(Extrait des Annales de gynécologie, 2e série, tome premier, année 1904. Communiquée à la Société d'obstétrique, de gynécologie et de pédiatrie, séance du 11 juillet 1904, par MM. Potocki et Bender.)

B... Françoise, trente sept ans, ménagère. Pas d'antécédents héréditaires. La malade n'a jamais eu, pendant son enfance, de maladies graves. Elle a eu la fièvre typhoïde en 1899.

Premières règles à quinze ans Les règles étaient abondantes, duraient huit jours et étaient absolument indolores. La menstruation a toujours été régulière jusqu'au moment où B... a eu la fièvre typhoïde. Depuis cette époque, les règles sont redevenues irrégulières, avançant ou retardant tour à tour, peu abondantes. Des douleurs survenaient quelques jours avant les règles et duraient pendant toute la période menstruelle, c'est-à-dire pendant six à huit jours. En même temps survenaient parfois des troubles gastro-intestinaux assez sérieux pour obliger la malade à garder le lit. Cet état s'est prolongé pendant trois ou quatre ans, sans grande modification ; puis, est survenue une amélioration graduelle, si bien qu'à présent la malade est à peu près bien réglée. Les règles sont maintenant peu abondantes et durent, en moyenne, deux ou trois jours ; elles ne sont plus douloureuses. Il est intéressant de noter, en passant, cette détermination de la fièvre typhoïde sur les glandes génitales.

La malade n'a jamais eu de leucorrhée.

A dix-neuf ans, c'est-à-dire il y a dix-huit ans, elle a eu une grossesse normale, avec accouchement spontané à terme et suites physiologiques ; l'enfant est actuellement vivant et bien portant.

Au mois de février 1902, la malade n'a pas eu ses règles ; son

ventre, depuis cette époque, a grossi progressivement, en même temps qu'apparaissent des douleurs sourdes dans le bas-ventre. Il existait de la tuméfaction des seins et de la pigmentation des aréoles. Pendant les deux mois qui suivirent, la malade eut des vomissements fréquents et un état nauséux permanent, si bien qu'elle dut se nourrir exclusivement de lait. A plusieurs reprises, elle avait eu de petites pertes de sang, peu abondantes.

Elle consulta un médecin qui lui dit qu'elle était enceinte, et, de fait, vers le cinquième mois (juin), elle ressentit très nettement les mouvements actifs du fœtus!

Le ventre continua à grossir jusqu'au mois de juillet.

Le 25 juillet, dans la nuit, la malade fut prise de douleurs abdominales violentes empêchant tout sommeil et, en même temps, une perte de sang très abondante. Elle continua à souffrir et à perdre pendant quelques jours ; le ventre était ballonné, douloureux ; des vomissements se produisirent à plusieurs reprises. Cependant, peu à peu, sous l'influence seule du repos au lit, l'état s'améliora, le ballonnement diminua, les pertes cessèrent, et la malade remarqua que son ventre avait diminué de volume. A partir de cette époque, les mouvements du fœtus cessent d'être perçus.

La malade resta dans cet état sans avoir de nouvelles pertes, jusqu'au 1^{er} octobre. Elle s'attendait à accoucher ; mais elle eut seulement une hémorragie très abondante, avec de gros caillots, et elle expulsa en même temps une caduque utérine, le tout sans aucun phénomène douloureux. Les pertes cessèrent rapidement, la malade se leva le troisième jour et reprit ses occupations.

Ce n'est que, le 25 octobre, qu'elle vint consulter à la Maternité, inquiète de voir son ventre toujours gros.

A l'inspection, on constate très nettement, en l'absence de tout ballonnement, que la cavité abdominale est occupée par une tumeur irrégulière, située dans la région hypogastrique et s'étendant aux deux fosses iliaques, surtout à gauche.

A la palpation, on peut préciser les limites de la tumeur ; on sent, dans la fosse iliaque droite, une masse du volume d'une orange, à peu près arrondie, de consistance différente suivant les points : molle et presque fluctuante par places ; dure, au contraire, en d'autres points. L'exploration révèle à son niveau l'existence d'une crépitation très nette, franchement osseuse. Cette masse est indolente.

Dans la fosse iliaque gauche, on sent une tumeur plus grosse atteignant le volume d'une tête d'enfant ; irrégulière, beaucoup plus dure et de consistance uniforme ; il est impossible de la mobiliser sur les plans profonds.

Enfin, transversalement, étendu dans le bassin, et réunissant les deux tumeurs droite et gauche, on sent une masse épaisse et assez résistante, fixée également.

Le toucher, combiné au palper, montre que l'utérus est un peu augmenté de volume. Le col est mou et entr'ouvert ; le corps est élevé et appliqué contre la paroi abdominale antérieure ; on peut très nettement en délimiter les contours et constater qu'il est indépendant de la tumeur abdominale.

Les culs-de-sac sont souples et permettent une exploration facile. On sent très bien, à gauche, la tumeur volumineuse perçue par la palpation et séparée de l'utérus par un sillon très net. A cette masse fait suite une portion plus molle et moins volumineuse, qui contourne la face postérieure de l'utérus et va se joindre à la tumeur, qui occupe la fosse iliaque droite. Toute cette exploration peut être faite sans provoquer aucune douleur.

Les aréoles et la ligne blanche sont très pigmentées ; les seins laissent écouler du lait par pression. L'état général est médiocre et l'amaigrissement assez marqué.

Diagnostic — En présence des commémoratifs et des signes cliniques, le diagnostic porté est le suivant : « Grossesse tubaire, probablement gauche, rompue au sixième ou septième mois, au moment où la malade a eu des douleurs violentes et une perte abondante. Grossesse abdominale secondaire : le fœtus étant placé transversalement en arrière de l'utérus, le siège se trouvant avec le kyste fœtal dans la fosse iliaque droite, ce qui explique la crépitation à ce niveau.

Opération (30 octobre). — Laparotomie médiane sous-ombilicale. Le péritoine ouvert, on reconnaît immédiatement que le diagnostic était exact et que le fœtus se trouve, pour ainsi dire, à nu au milieu des anses intestinales ; la tête occupe la fosse iliaque droite, le tronc est situé en arrière de l'utérus qu'il refoule en avant ; le siège est dans la fosse iliaque gauche. Après libération des nombreuses adhérences épiploïques, le fœtus peut être extrait très facilement. En suivant le cordon, on arrive sur le kyste fœtal,

développé aux dépens des annexes gauches et complètement rétracté sur le placenta ; le sac fœtal est partiellement développé dans le ligament large. La masse est assez difficilement décortiquée et finalement extirpée, après ligature de la corne utérine et du pédicule utéro-ovarien. L'hémostase est longue et laborieuse, mais peut être faite complètement. Il ne s'est, du reste, écoulé qu'une quantité insignifiante de sang pendant l'opération.

On explore ensuite les annexes droites et l'on constate que la trompe et l'ovaire sont fusionnés en une masse kystique contenant un liquide séreux. Ces annexes sont enlevées.

Le cul-de sac de Douglas contenait quelques caillots anciens, organisés, qui sont enlevés avec le plus grand soin.

Suture de la paroi en un plan. En raison du suintement sanguin persistant à la suite de la décortication des adhérences, on établit un drainage à l'aide de mèches de gaze stérilisées.

Les suites opératoires n'ont été marquées par aucun incident. La malade a quitté le service le trentième jour, allant très bien.

Examen des pièces. — 1° *Fœtus* — Le fœtus, du sexe masculin, siégeait, presque à nu, ainsi que nous l'avons dit, au milieu des anses intestinales. La crâne seul était coiffé d'une sorte de capuchon formé par les membranes ; mais il est à supposer que le sac amniotique recouvrant le tronc du fœtus a été déchiré au moment des manœuvres d'extraction ; ce fœtus était macéré, mais ne présentait pas de trace d'infiltration calcaire. Sa longueur totale était de 38 centimètres et pesait 1.620 grammes. La tête était fortement aplatie dans le sens du diamètre bipariétal, et il existait un chevauchement marqué des os du crâne ; il n'existait pas de malformations apparentes du côté du tronc ni des membres.

2° *Cordon.* — Le cordon était mince et grêle et mesurait 29 centimètres. Il présentait, à sa partie moyenne, une nodosité paraissant constituée par une accumulation de tissu muqueux.

3° *Kyste fœtal.* — Le kyste fœtal était, après la rupture, complètement rétracté sur le placenta. Cette rupture était faite sur un point diamétralement opposé à l'insertion placentaire, et on retrouve la trace sous forme d'un orifice à peu près régulièrement circulaire, à bords amincis, mesurant 6 centimètres de diamètre et au travers duquel pénètre le cordon.

Par suite de sa rétraction sur le placenta, le kyste fœtal forme

une masse compacte, de consistance dure, de forme irrégulièrement ovoïde, avec une extrémité plus grosse. Le poids en est de 530 grammes et les dimensions en sont les suivantes : longueur, 12 centimètres ; largeur moyenne, 9 centimètres ; épaisseur, 7 centimètres.

La grossesse s'était développée, comme nous l'avons vu, au niveau des annexes gauches, mais il est impossible de distinguer l'ovaire et la trompe ; les deux organes sont intimement fusionnés.

Sur une coupe médiane du kyste fœtal, pratiquée après durcissement en masse, on reconnaît que ce kyste est formé par une membrane d'aspect fibreux, assez mince, étroitement adhérente au placenta sur toute sa surface d'insertion, libre et facilement isolable aux environs de l'orifice de rupture.

Examen histologique. — L'examen histologique a porté sur plusieurs fragments. Il a montré que la paroi du kyste était constituée par une couche assez dense de tissu fibreux, au milieu duquel on reconnaît, par intervalles, des faisceaux de fibres musculaires bien conservées. En quelques points et spécialement sur des fragments prélevés au voisinage de l'orifice de rupture, on reconnaît quelques vestiges de l'épithélium tubaire. Il a été impossible de retrouver aucune trace de tissu ovarien.

Le placenta présentait des lésions régressives manifestes. Les villosités étaient sclérosées, avec, en certains points, des dépôts calcaires abondants. Par intervalles, cependant, on retrouvait le revêtement syncytial conservé et parfaitement reconnaissable.

Observation V

(Publié dans le mémoire de M. Wallich. *Revue d'obstétrique et de pédiatrie*, septembre 1895.)

La nommée J. M..., âgée de vingt-huit ans et demi, entre à la clinique Baudelocque, le 28 septembre 1894.

Cette femme a marché à deux ans. Elle a eu une fièvre typhoïde à neuf ans. Réglée à onze ans et demi, sa menstruation s'est produite régulièrement tous les vingt-cinq jours, durant cinq à six jours. Pas de pertes blanches.

Elle n'a jamais eu de grossesse. Elle a ses règles pour la dernière fois du 3 au 8 juillet 1893.

A la fin d'août, apparaissent des douleurs abdominales et lombaires qui l'obligent à garder le lit pendant trois mois.

Défécation douloureuse, accompagnée de sueurs froides, de tendance syncopale et, quelquefois, de perte complète de connaissance.

Dans le courant de novembre, quelques vomissements. Pendant toute cette période, mictions douloureuses. Le ventre grossit, mais le développement est très lent, de telle sorte que la malade ne s'en aperçoit que dans le courant de novembre ; jusque là, la grossesse n'avait pas été diagnostiquée ; ce n'est qu'à la fin de novembre, lorsque la femme perçoit des mouvements actifs, que le diagnostic est fait.

A partir de janvier, les douleurs disparaissent, et, à la fin de mars, la femme se porte bien, il existe seulement de la constipation.

L'enfant continue à remuer jusqu'au 5 avril (c'est-à-dire le terme de la grossesse, les dernières règles ayant eu lieu en juillet).

A ce moment, aucun changement dans l'état de la malade : pas de faux travail, pas de montée laiteuse. Aucune douleur.

Les règles reviennent le 25 mai, le 27 juin, le 27 juillet, le 23 août, le 18 septembre.

Le 13 août, cette femme entre dans un service d'accouchement où elle reste quinze jours ; on constate la présence d'albumine dans les urines ; on reconnaît que le fœtus est mort et on lui dit qu'elle peut quitter le service pour revenir quand elle aura des douleurs.

C'est peu de jours après sa sortie qu'elle vient me consulter, me disant qu'elle était enceinte de quatre mois. Je portai, après examen et après avoir entendu son histoire, le diagnostic de grossesse extra-utérine et je lui conseillai d'entrer à la clinique Baudelocque. Localement, voici les constatations consignées dans son observation.

On constate, dans l'abdomen, une tumeur surtout développée à droite et remontant à 32 centimètres au dessus de la symphyse pubienne. Elle s'étend, à droite, à 22 centimètres de la ligne médiane, à 11 centimètres du côté gauche. Cette tumeur est dure, facile à délimiter par le palper et non mobile. Nulle part on ne sent de frottement péritonéal, ni de crépitation osseuse. Les parties fœtales ne sont pas perçues ; pas de ballottement.

Au toucher, on trouve le col au centre du bassin, mou, non per-

méable; par le toucher et le palper combinés, on sent, derrière le pubis, le col de l'utérus en antiflexion, petit, ne dépassant guère le bord supérieur du pubis que de deux travers de doigt, la tumeur est inaccessible par le toucher.

L'opération, par incision abdominale du kyste, est faite, le 10 octobre, par le docteur Varnier, qui extrait une fille, pesant 2.530 grammes, en état de macération et ayant 44 centimètres de long.

Les suites opératoires furent parfaites et la femme quitta le service le 12 janvier 1895.

Obvervation VI

(Observation publiée par M. Pinard. Documents pour servir à l'histoire de la grossesse extra-utérine.)

Grossesse extra-utérine remontant à douze mois environ. — Laparotomie. — Rétention du placenta dans le kyste fœtal. — Guérison.

La femme N. , âgée de trente-neuf ans, domiciliée à Blignecourt (Oise) entre à la Maternité Baudelocque, le 17 juillet 1889 (envoyée par le docteur Brauthomme de Meru.)

Cette femme est accouchée deux fois à terme d'enfants vivants. Le dernier accouchement remonte à dix ans. Jamais de fausses couches. Une pelvipéritonite (salpingite droite?). Un mois au lit. Bonne santé habituelle, menstruation régulière.

Elle a eu ses règles pour la dernière fois le 7 juillet 1888 et, depuis lors, dès le 10 août, elle a toujours été souffrante (douleurs dans le bas-ventre); à aucun moment elle n'a eu d'écoulement sanguin, ni de crise aiguë. Mais elle a dû cesser tout travail et garder le lit presque constamment.

Deux premiers mois, troubles de miction et de défécation.

Au mois d'avril dernier, c'est à dire au terme de sa grossesse, elle fut prise de douleurs « comme pour accoucher ». La sage-femme fut mandée, mais s'en retourna après avoir déclaré que c'était une fausse alerte. La nuit suivante, N..., cessa de percevoir les mouvements actifs du fœtus qu'elle sentait nettement jusque

là. Inquiète, elle fit appeler un médecin qui constate la mort du fœtus (trois jours après le faux travail).

Quatre ou cinq jours après, il y eut un montée laiteuse. Le ventre diminua de volume.

Après avoir gardé le lit pendant un mois, N..., se trouvant mieux, se leva pour reprendre ses occupations, attendant toujours sa délivrance.

Puis, il y a quinze jours, fatiguée d'attendre et inquiète, elle alla consulter le docteur Brauthomme qui l'adressa à M. Pinard.

Examen à l'entrée. — Etat général peu satisfaisant. N... dit avoir beaucoup maigri. Lait dans les seins. Le ventre est régulièrement développé. Le palper y fait reconnaître une tumeur sphérique occupant tout le bas-ventre, et la partie culminante remonte à cinq travers de doigt au-dessus de l'ombilic (9 centimètres au-dessus de l'ombilic, 24 centimètres au-dessus de la symphyse).

Cette tumeur est sans bosselure, immobile, dure, surtout à sa partie supérieure droite.

A trois travers de doigt de l'arcade de Fallope droite, on perçoit dans la tumeur une crépitation très nette ; au même point, les doigts sentent une région fœtale très superficielle ayant les caractères de l'extrémité céphalique. Auscultation : silence complet.

Le palper ne détermine aucune douleur : pas de douleurs spontanées.

La miction et la défécation s'exécutent normalement.

Toucher. — Le col est mou, refoulé à gauche et en arrière ; le cul-de-sac latéral gauche est souple.

Le cul-de-sac latéral droit est effacé, bombe dans l'excavation : on y sent une région fœtale dont on ne peut distinguer les caractères.

Les mouvements communiqués au palper à la tumeur abdominale sont transmis au doigt explorant au cul-de-sac droit mais non au col.

Nulle part on ne sent le corps de l'utérus qui doit être en arrière du kyste.

Le cathétérisme de l'utérus montre que sa cavité est vide

Je pratiquai la laparotomie le 30 juillet 1889. Incision de la paroi abdominale jusqu'au niveau du kyste. Sutures des parois de ce dernier à la paroi.

Incision du kyste, extraction d'un fœtus macéré pesant 2.200 grammes. Liquide amniotique épais, peu abondant et non purulent. Lavage du kyste avec la solution de naphthol. Drainage et pansement.

Il n'y eut aucune élimination du placenta, le cordon avait été, au moment de l'extraction du fœtus, coupé au ras de la face fœtale. Les parois kystiques s'accollèrent, la plaie se ferma et le placenta s'enkysta à nouveau sans présenter trace de suppuration.

Cette femme quitte le service, le 30 novembre, bien portante.

Observation VII

(Communiquée à l'Académie de médecine)

Grossesse extra-utérine (enfant vivant). — Laparotomie par M. Segond. -- Extériorisation du kyste. — Placenta laissé adhérent (suites heureuses pour la mère et l'enfant).

Henriette P..., trente-sept ans, entrée le 7 novembre 1898.

Antécédents héréditaires. — Nuls. Réglée à treize ans; toujours régulièrement. Rougeole dans l'enfance, variole à trente ans. Actuellement, légère gastrite pour laquelle cette femme se soigne depuis cinq ans. Tempérament nerveux; a eu, à plusieurs reprises, des crises de nerfs, mais sans perdre connaissance.

Grossesses. — Première, février 1880, chez elle, à terme, spontané, sommet, fille élevée au sein maternel pendant quinze mois, bien portante. Règles pendant l'allaitement.

Deuxième, novembre 1881, chez elle, à terme, spontané, sommet, fille élevée au sein maternel pendant dix mois, bien portante. Règles pendant l'allaitement.

Troisième, novembre 1885, chez elle, sommet, spontané, garçon élevé au biberon par une nourrice mercenaire, loin de la mère, mort à sept mois de méningite.

Quatrième, février 1887, chez elle, à terme, spontané, sommet, fille élevée au biberon pendant dix huit mois par la même nourrice, loin de la mère. Morte à cinq ans d'une bronchite. Retour de couches six semaines après.

Cinquième, juin 1888, chez elle, à terme, spontané, sommet, gar-

con, élevé au biberon par la même nourrice, loin de la mère. Mort à quinze jours, d'une entérite. Retour de couches au bout de six semaines.

Sixième, août 1889, chez elle, à terme, spontané, sommet, fille élevée au biberon par la même nourrice, loin de la mère, morte à quatorze jours de ?...

Dernières règles du 3 au 5 avril, moins abondantes et plus pâles que d'habitude.

Durant les mois de mai et de juin, elle ressentit, à plusieurs reprises, des douleurs assez fortes dans le côté gauche du ventre, les douleurs étaient accompagnées d'une sensation extrême de faiblesse ; à ces moments, il lui semblait qu'elle « s'en allait ».

Vers le 25 juin 1898, elle est prise dans tout le ventre de douleurs extrêmement violentes par accès et suivies de vomissements et d'étourdissements qui l'obligent à s'aliter. Le médecin de la famille appelé ne peut faire un examen local tant sont douloureuses les régions abdominales et lombaires ; il croit tout d'abord à une inflammation d'intestin qu'il soigne pendant trois semaines environ par des lavements de pavots, des préparations chloroformées et bromurées et des applications fréquentes de cataplasmes sur tout le ventre trois jours plus tard.

Après le début de ces accidents, cette femme expulse avec quelques gouttes de sang un lambeau de 10 centimètres environ.

Elle n'a pas éprouvé de la difficulté pour la miction, mais constipation opiniâtre ; aucun écoulement sanguin depuis cette perte. Après trois semaines, les douleurs s'étant calmées, et la malade ne ressentant plus qu'un point au niveau de la fosse iliaque gauche, l'examen local peut être pratiqué, et le médecin conclut à un abcès dans le cul-de-sac postérieur.

Le diagnostic a été confirmé par M. Richelot, qui a été voir la malade chez elle le 27 juillet ; partant le lendemain en vacances, il fait transporter la malade à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. Nélaton. Ce dernier ne croit pas à un abcès, mais à une grossesse extra-utérine ; il maintient son diagnostic, malgré l'avis opposé de plusieurs médecins, dont les uns concluent à la possibilité d'une grossesse normale et les autres à un abcès dans le cul-de-sac postérieur.

La malade reste onze jours dans le service de M. Nélaton ; mais,

voyant toutes ces divergences d'opinion, elle refuse de se laisser opérer et retourne chez elle. Elle ne ressent plus que quelques douleurs lombaires ; elles s'accroissent dès que la malade se fatigue un peu, aussi est-elle souvent obligée de garder le lit.

Au milieu de septembre, elle perçoit les mouvements actifs de son enfant. Rien de particulier jusqu'au 20 octobre, époque où, désirant être fixée sur la nature de sa maladie, elle va consulter M. Régnier, qui, sur sa demande, l'examina aux rayons X. Cet examen permet de constater la présence d'un fœtus, mais ne permet pas d'en déterminer la situation exacte. C'est alors que M. Régnier envoie cette femme à Baudelocque.

Le 9 novembre, M. Pinard examine la femme sous le chloroforme, il trouve un col extrêmement ramolli, le doigt pénètre facilement dans le canal cervical, ne sentant aucun obstacle.

On n'arrive pas à sentir le fond de l'utérus à travers la paroi abdominale.

M. Pinard croit situé à droite, et, un peu au-dessous, le kyste. La mensuration de la cavité utérine donne quatorze centimètres et demi. Elle est suivie d'une légère hémorragie.

Le 21 novembre, après avoir eu, pendant plusieurs jours, la diarrhée, elle ressent au niveau du flanc droit une douleur assez vive ; la palpation est très douloureuse à ce niveau, les accidents persistent pendant un jour pour disparaître ensuite peu après. A ce moment, il semble y avoir une plus grande tension du kyste fœtal.

Le 23 novembre, la hauteur du kyste, au dessous de la symphyse, marquait 28 centimètres.

Le 7 décembre 32 centimètres

Le 20 décembre, M. Pinard trouve 32 centimètres de hauteur et examine la femme à nouveau. Il trouve des battements du cœur au niveau de l'ombilic, à droite, très frappés. Le palper démontre que la tête est tout à fait dans le flanc droit, sous le foie, dos non accommodé au grand bassin, coupant en écharpe l'ombilic à parties égales en dessus et en dessous.

Toucher. — Col très mou, canal cervical béant ; on introduit facilement le doigt jusqu'à l'orifice interne qu'on dépasse même, aucune saillie, aucun obstacle. Dans l'excavation, on ne sent rien de particulier. Impossibilité absolue de délimiter le corps de l'utérus.

Opération. — Le 21 décembre 1898 par M. Segond. M. Pinard, une fois la malade endormie, pratique le cathétérisme et trouve encore 14 cent. 1/2. Incision des parois ainsi que celles du kyste : écoulement d'une petite quantité de liquide amniotique ; l'enfant est extrait et il crie aussitôt ; on pince le cordon ; on le sectionne. Après avoir débridé, le kyste est vidé, les débris et le liquide enlevés. On le suture à la paroi abdominale et on laisse le placenta adhérent. L'enfant pèse 2,830 grammes ; tamponnement à la gaze iodoformée.

Le 21 décembre, dans la soirée, douleurs abdominales violentes, piqûre de morphine.

Le 22 décembre, la malade a mal dormi, lavement, peu de matières fécales.

Le 23 décembre, vomissements, deux piqûres de morphine, une mèche retirée du kyste est remise à M. Marmorek qui trouve une quantité de streptocoques.

Le 24 décembre, 0,50 centigr de calomel, lavements, garde-robes abondantes, vomissements.

Le 27 décembre, M. Segond enlève les fils et en laisse deux à la partie inférieure, il s'écoule un peu de pus à chaque point.

Le 29 décembre, lavage de la plaie avec une solution de 1 p. 100 de bicarbonate de soude.

Le 30 décembre, amélioration sensible, la température qui s'était élevée baisse.

Le 23 janvier, le pansement est fait tous les jours, le placenta est encore adhérent, aucune tentative de décollement n'a encore été faite.

Elle sort avec son enfant, complètement guérie, le 30 mars 1899.

CHAPITRE PREMIER

SYMPTOMATOLOGIE DE LA GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE AVEC ENFANT VIVANT

A partir du cinquième mois, les malades n'éprouvent pas de violentes douleurs, mais plutôt une gêne ou une pesanteur. Les pertes de sang sont très rares, elles peuvent même faire totalement défaut.

Lorsqu'on interroge la mère et qu'on l'examine, on ne note pas de grandes différences avec une grossesse normale : mêmes signes physiques ; les mouvements du fœtus sont toujours observés, l'inspection et la palpation, de même que l'auscultation, ne sont pas d'un grand secours quant au diagnostic de la variété de la grossesse en présence de laquelle on se trouve. Le toucher permet de constater le ramollissement du col, et le palper combiné au toucher une augmentation de volume de l'utérus et sa contractilité.

SYMPTOMATOLOGIE DE LA GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE AVEC ENFANT MORT

La mort du fœtus, en position ectopique, tout comme dans la grossesse utérine, s'accompagne de certains phé-

nomènes. Il est de toute importance d'indiquer les phénomènes qui se produisent lors de la mort du fœtus dans la grossesse utérine, car de leur connaissance dépend le diagnostic qui permet d'écarter la possibilité de rétention d'enfant mort dans la cavité utérine. L'utérus cesse d'augmenter de volume, le liquide amniotique se résorbe et les bruits cardiaques s'arrêtent. On assiste à la montée du lait, à la cessation des mouvements du fœtus. Les règles qui étaient restées suspendues durant tout le cours de la grossesse, ne réapparaissent pas comme dans le cas de grossesse extra-utérine. Ce fait a une importance capitale, puisqu'il a permis de dire à Pinard qu'elle imposé l'intervention chirurgicale.

Le faux travail se produit avec des phénomènes douloureux très intenses, et il coïncide avec la cessation de la vie du fœtus. Il simule parfois les contractions utérines douloureuses, au point qu'on a pu croire assister à un accouchement normal. Mais il a une importance de premier ordre, car il doit faire penser à l'existence d'une grossesse ectopique.

L'inspection du ventre qui, suivant Pinard, « fait loucher tout accoucheur expérimenté », donne des renseignements intéressants. Le ventre ne présente plus la tumeur disposée suivant le grand axe longitudinal, il a une largeur plus accusée.

A la palpation, on perçoit une tumeur qui n'a pas la mobilité du globe utérin. On peut constater la présence de parties fœtales, bien que souvent on éprouve de grandes difficultés par suite de la distension du kyste fœtal. Dans quelques cas, la palpation permet de reconnaître un fœtus se mouvant librement dans la cavité abdominale. Parfois on peut sentir une petite tumeur, qui est l'utérus, au voisi-

nage de la symphyse pubienne, d'autant mieux que la mort du fœtus ne dépasse pas deux mois.

Le toucher permet de constater l'état du col, qui fournit de précieux renseignements et sa situation. Il se trouve le plus communément en avant, en haut vers le pubis, dévié à droite ou à gauche par suite de la position opposée de la tumeur. L'exploration vaginale et mieux le palper combiné au toucher permettent de découvrir aisément l'utérus et la présence d'un kyste fœtal.

CHAPITRE II

DIAGNOSTIC

Le diagnostic de la grossesse ectopique est possible dans la majorité des cas, mais, comme le dit Pozzi : « Quant au diagnostic de la variété de la grossesse ectopique, il est impossible ; on croyait autrefois que toute grossesse extra utérine qui dépassait le cinquième mois était, par cela même, abdominale. On sait aujourd'hui que la grossesse tubo-abdominale, la grossesse tubaire intra-ligamentaire ou sous-péritonéo-pelvienne, la grossesse ovarique ou tubo ovarique peuvent évoluer jusqu'au terme. Dans la grossesse intra-ligamentaire, la tumeur est généralement recouverte d'une coque épaisse, tandis que, dans la grossesse abdominale, les parties fœtales sont immédiatement perceptibles sous les parois de l'abdomen. »

Aucun signe formel ne vient, en effet, affirmer ces grossesses. Il ne faut pas trop se fier à la superficialité des parties fœtales, facilement perceptibles sous les parois de l'abdomen, comparativement à la résistance offerte par certains kystes fœtaux.

A-t-on affaire à un fœtus vivant ? Il s'agit alors de

porter le diagnostic de grossesse extra-utérine. Seuls, les signes sympathiques et les signes de certitude de la vie du fœtus persistent. Les douleurs, les pertes de sang, fréquentes dans les grossesses extra-utérines, la fixité, l'irrégularité et la latéralité de la tumeur empêcheront de la confondre avec une grossesse normale.

Si le fœtus meurt, il faudra très soigneusement noter le faux travail qui se produit, et qui, comme nous l'avons dit précédemment, a des caractères très intéressants. Si le fœtus est mort, il convient de tenir grand compte des anamnestiques, car de leur méconnaissance dépendent beaucoup d'errements.

Par les divers procédés d'examen, on arrive à distinguer la tumeur de l'utérus. Combiné à la palpation, le toucher vaginal fait reconnaître une tumeur rénitente, unilatérale, accolée à l'utérus qu'elle immobilise. Cette tumeur peut remplir l'un des culs-de sac latéraux, déborder dans le cul de-sac postérieur. Il est impossible de lui imprimer un mouvement. L'utérus peut occuper plusieurs situations : tantôt, suivant le kyste fœtal dans son ascension abdominale, on peut le trouver du côté opposé au kyste ; tantôt il peut occuper le cul-de-sac latéral opposé.

CHAPITRE III

MARCHE — DURÉE — TERMINAISON

A partir du cinquième mois, les grossesses ectopiques sont, d'une façon générale, assez silencieuses. On peut constater l'existence de complications, telles que vomissements, douleurs intenses, métrorragies. Parfois, elles évoluent comme des grossesses non compliquées, et les malades multipares prétendent que les sensations qu'elles éprouvent sont en tous points semblables à celles ressenties pendant les grossesses antérieures, et que leur grossesse ne diffère en rien de celles qu'elles ont eues antérieurement.

Cependant, il faut bien reconnaître que si ces grossesses ectopiques évoluent comme des grossesses normales, elles peuvent s'accompagner d'accidents. On peut noter des hémorragies, des douleurs de ventre violentes. A l'époque du faux travail les douleurs revêtent brusquement un caractère expulsif, pouvant être suivies de ruptures du kyste dans l'abdomen, et la malade peut succomber.

La durée de la grossesse extra-utérine est des plus variable. On peut avoir affaire à des grossesses dont le

erme est dépassé depuis très longtemps, neuf, quatorze , quinze, seize mois. Les femmes, chose curieuse, supportent merveilleusement cette anomalie, certaines ont vu leur santé s'améliorer notablement. Il est même des cas, celui du fœtus de Quimperlé, par exemple, où le produit de conception resta cinquante six ans dans le ventre sans aucune gêne pour la mère.

Il est vrai de dire que, dans tous les cas, les choses ne se passent pas toujours aussi simplement, et des phénomènes de cachexie peuvent frapper les femmes.

CHAPITRE IV

PRONOSTIC

Le pronostic pour l'enfant est presque toujours fatal. Dans la majorité des cas, la mort du fœtus a lieu soit que l'opération ait succédé à la mort, soit que l'intervention ait été faite pendant la vie du produit de conception, soit que sa résistance ne lui permette pas suffisamment de vitalité.

Pour la mère, le pronostic reste, aussi, grave. La mort du fœtus et le ralentissement de la circulation placentaire rendent le pronostic plus favorable.

Après la mort du fœtus, les femmes se trouvent quelquefois améliorées. Les phénomènes du faux travail lui-même n'amènent presque jamais de complications.

Enfin, les malades qui n'ont pas été opérées peuvent, plus ou moins longtemps après le terme de la grossesse, conserver soit leur kyste fœtal, soit le fœtus libre dans la cavité abdominale, sans en ressentir une gêne marquée. Témoin nos trois observations que nous devons à l'obligeance de MM. les professeurs Vallois, de Rouville et Pucch. Ces observations sont intéressantes parce qu'elles montrent que la rupture du kyste fœtal a dû très proba-

blement se faire au moment où ont eu lieu de violentes douleurs abdominales. La mort du fœtus doit également remonter à ce moment, puisque ses mouvements actifs n'ont plus été perçus. L'hémorragie intra-péritonéale a dû être peu abondante. Le liquide amniotique a dû se résorber et le fœtus, complètement libre au milieu des anses intestinales, a été parfaitement toléré.

Ces cas sont bien rares. On en trouve quelques exemples. J.-L. Faure a opéré une malade qui était enceinte de sept mois, dans des conditions qu'elle croyait normales, quand les mouvements du fœtus cessèrent. Le fœtus fut trouvé situé au milieu des anses intestinales, et le kyste fœtal s'était développé aux dépens de la trompe gauche.

Le professeur Pinard a publié un cas de grossesse ectopique qui avait évolué jusqu'au sixième mois, après des crises douloureuses qui avaient marqué la rupture du kyste fœtal. L'opération fut pratiquée trois mois après, aux environs du terme. On trouve, libre et nu, au milieu des anses intestinales, un fœtus à terme.

Un cas curieux a été publié par Pestalozza. Il ne s'agissait pas d'une rupture de la trompe, mais bien d'un avortement tubaire incomplet; le fœtus seul avait été expulsé à travers l'*ostium abdominale* de la trompe, le placenta était resté inséré dans la portion ampullaire. Le fœtus était vivant lorsque Pestalozza dut intervenir, au cinquième mois, en raison de l'existence de crises douloureuses violentes compliquées de phénomènes de compression

CHAPITRE V

TRAITEMENT

Les idées de Wœrth ont prévalu : « Toute grossesse ectopique doit être considérée comme une tumeur maligne et extirpée comme telle ». Pinard a ajouté : « Toute grossesse extra-utérine diagnostiquée commande l'intervention chirurgicale ». Mais la question ainsi posée n'est pas aussi facile à résoudre qu'il semblerait à première vue, et il convient de l'envisager dans les cas suivants :

1° Grossesse extra-utérine après le cinquième mois, enfant vivant.

2° Grossesse extra-utérine après le cinquième mois, enfant mort récemment.

3° Grossesse extra-utérine après le cinquième mois, enfant mort depuis longtemps.

1° Grossesse extra-utérine après le cinquième mois, enfant vivant

Ici, une ligne de conduite s'impose. Il faut tâcher de sauver la mère et d'extraire un enfant vivant et né viable,

Le seul danger réside dans les hémorragies graves dues à la déchirure ou au décollement du placenta. Mais le placenta peut être évité, car on peut savoir où il est soit par le toucher combiné au palper, soit lorsque le ventre est ouvert.

Ce qui doit guider le chirurgien, c'est que le sauvetage de l'enfant n'entraîne jamais l'ombre d'un péril pour la mère. Et l'état général de la mère doit être sérieusement envisagé. Si les grandes fonctions de l'économie maternelle continuent à être bonnes, si le fœtus est vivant, il convient d'attendre, prêt à agir.

L'idéal est de se rapprocher le plus possible du terme présumé de la grossesse, les dangers que court la mère sont, en effet, à beaucoup près, les mêmes; du sixième au neuvième mois. Et cependant, la mortalité est grande pour les femmes opérées dans de telles conditions. Elles sont exposées à une hémorragie considérable et à des chances d'infection, plus réduites, il est vrai, depuis les progrès réalisés par les techniques opératoires.

D'autre part, l'existence de l'enfant est fort compromise : la plupart des extra-utérins meurent, en effet, fort peu de temps après leur naissance.

Pour intervenir donc, avec chances de succès, il faut avoir en vue le maximum de viabilité du fœtus.

Quelle est l'opération que l'on va adopter ? S'adressera-t-on à l'élytrotomie ou à la laparotomie ?

L'élytrotomie est une opération aveugle, ne permettant pas de se rendre maître d'une hémorragie. Il faut la repousser.

C'est la laparotomie qui est indiquée. Il faut que l'intervention se borne, comme l'a dit Segond, à l'extraction du fœtus avec simple extériorisation du kyste et du placenta. Cependant, l'extraction du placenta peut se faire

lorsqu'il y a hémorragie placentaire par décollement du placenta, qu'il est indispensable d'enlever pour assurer l'hémostase, ou bien dans le cas où il n'y a pas de sac, ainsi qu'il arrive quand il y a rupture secondaire du sac, avec fœtus libre dans la cavité abdominale. Avant tout, il importe de proportionner l'intervention à la dose de résistance des patientes, de telle sorte que les opérations idéales doivent souvent céder le pas aux manœuvres plus modestes. Comme le dit Segond, dans le cas de grossesses ectopiques de plus de cinq mois avec fœtus vivant, on doit, en règle générale, renoncer à l'ablation du kyste et se contenter de son extériorisation en abandonnant, comme le conseillait jadis Baudelocque, « l'expulsion du placenta à la nature ».

2^e Grossesse extra-utérine après le cinquième mois, enfant mort récemment

Segond s'est vivement élevé contre l'opinion trop longtemps admise par certains chirurgiens qu'il fallait adopter une thérapeutique d'attente, en ce sens qu'ils escomptaient la transformation du kyste en lithopédion.

Mais quand vaut il mieux opérer? Certainement, il vaut mieux attendre l'interruption de la circulation interkysto-placentaire, si, évidemment, l'état général de la mère le permet. Reste à savoir cependant à quel moment cette circulation placentaire sera suspendue. Quelquefois, le décollement du placenta a amené des hémorragies au bout de plusieurs semaines de rétention.

Pozzi se déclare partisan de l'intervention hâtive : « Si l'on veut bien peser ces considérations et si l'on considère les résultats favorables qu'a donnés l'opération

primitive ou précoce (laparotomie) dans les cas les plus récents, on sera autorisé, je crois, à réformer le procès qui lui a été fait par ses devanciers et à l'adopter comme règle. Ici, comme dans tous les problèmes de thérapeutique abdominale, les objections théoriques des chirurgiens timorés tombent devant les résultats éclatants d'une pratique hardie, servie par une bonne technique. »

Etant donné que l'hémorragie placentaire peut être abondante au point de tuer la mère, que l'hémostase n'est pas toujours facile à faire, nous pensons avec Segond qu'il est préférable d'attendre plus ou moins longtemps, prêts à agir à la moindre alerte. « Quand la mort du fœtus est récente, il est naturel que, sauf urgence, on adopte la conduite de ceux qui conseillent avec Kaltenbach, Fränkel, Litzmann, Wærth, Maygrier, Pinard, de ne pas opérer dans les quelques jours qui suivent la mort, et d'attendre le ralentissement de la circulation interkysto-placentaire. On objecte à cette manière de voir que la suspension de la circulation placentaire peut réclamer des mois et que les gros risques d'une pareille attente doivent l'emporter au bénéfice d'une intervention précoce. L'objection est fort juste et une si longue expectation n'est, à coup sûr, pas défendable. Mais lorsqu'elle ne porte que sur les six premières semaines, lorsqu'il est bien entendu qu'à la première alerte on est prêt à intervenir, on ne peut, en vérité, que trouver avantage à ne pas se presser. »

Dans ce cas de grossesse extra utérine, l'élytrotomie doit être abandonnée, et il faut que l'intervention se borne à l'extraction du fœtus avec simple extériorisation du sac et abandon du placenta à la nature.

3° Grossesse extra-utérine après le cinquième mois, enfant mort depuis longtemps

Le fœtus est mort depuis longtemps et la femme jouit d'une bonne santé, et on peut espérer la transformation du fœtus en lithopédion. Le lithopédion est habituellement inoffensif pour la femme qui le porte, mais souvent la tolérance en est précaire. A côté de la transformation en lithopédion, qui est excessivement rare, on peut avoir une décomposition possible de l'œuf et l'infection du péritoine. Dans ces cas, la mère peut être sous le coup de graves accidents.

De toutes façons, il est préférable d'intervenir dans le cas de rétention prolongée. On a le choix entre la gastrotomie et l'élytrotomie.

La circulation placentaire étant oblitérée, les craintes d'hémorragie par cette voie ne sauraient subsister. Mais en dehors des cas où le kyste fœtal ne bombe pas fortement dans l'excavation avec vessie et utérus déviés latéralement, où le placenta se trouve inséré à la partie inférieure du kyste, il nous semble que l'extériorisation du sac après la laparotomie est encore ce qu'il y a de plus simple. Ici se pose une question : enlèvera-t-on le placenta ? Son éradication, faisant disparaître tous les inconvénients de son élimination, fait que cette manière d'opérer devient la conduite idéale. Il faut cependant savoir que cette conduite n'est pas toujours facile à tenir. Sans doute, il ne sera plus question, ici, du danger d'une hémorragie incoercible, mais les attaches placentaires, d'une part, peuvent être assez fortes pour empêcher son

décollement qui ne saurait être obtenu qu'au risque d'une déchirure du sac ; de plus, et sans parler de tractions ou trop fortes ou trop répétées, prenant en considération ce fait que l'envahissement, la destruction progressive de la paroi sous la poussée énorme de cellules venant des villosités, de la couche de Langhans et des plaques du syncitium, peut causer la déchirure du sac sous des tractions même légères, qu'il y a danger à permettre l'irruption du contenu kystique et septique dans un péritoine sain, nous conseillons de laisser en place le placenta, s'il résiste à des essais légers de décollement.

D'ailleurs, il sera toujours possible, les jours suivants, d'aller à la recherche des parties placentaires qui se trouvent au fond du sac.

Chez une femme dont on connaît l'état de santé et, comme l'a dit Segond, « la force de résistance », l'on ne peut pas trop craindre les ennuis d'une élimination placentaire qu'on diminue chaque jour en aidant la nature, et il vaut mieux tenir cette conduite en surveillant la femme que de s'exposer à faire pénétrer dans le péritoine un liquide dont il est toujours permis de supposer la nature plus ou moins septique. S'il y a rupture secondaire du sac, que le fœtus se trouve libre dans la cavité abdominale, dès lors les craintes ne subsistent plus et l'extraction du placenta doit être faite.

Étudions maintenant les deux méthodes de traitement chirurgical : l'ablation du kyste et la castration utéro-annexielle totale. L'ablation totale est, pour ainsi dire, l'opération idéale. Elle est plus permise avec un fœtus mort depuis longtemps qu'avec un fœtus vivant ou récemment mort.

Mais il faut que les manœuvres de décortication soient en rapport avec l'état général de la femme et qu'elles

n'exigent pas un tamponnement excessif des surfaces cruentées.

Reste la castration utéro-annexielle totale. Pantaloni (de Marseille) a soutenu un chaud plaidoyer en faveur de cette intervention : « Si, à première vue, on peut penser que cette intervention est plus sérieuse que la marsupialisation... il n'en est rien, au moins pour les chirurgiens rompus à la pratique des opérations abdominales. » Cependant, nous pourrions rappeler que Routier, dans une opération similaire à celle de Pantaloni, ne put terminer l'opération sans blesser l'uretère et la vessie.

Peut-être en trouverions-nous la raison dans ces adhérences trop nombreuses qu'avaient contractées utérus, vessie et uretère ; aussi sommes-nous tout disposé à juger l'hystérectomie abdominale comme une opération plus grave que la simple marsupialisation, et que ses indications ne peuvent être mieux résumées que dans ces lignes dues à la plume de Segond : « La castration utéro annexielle abdominale totale doit être réservée uniquement aux cas dans lesquels une ablation du kyste ayant été commencée, on juge qu'il serait impossible de la faire isolément sans manœuvres longues et laborieuses qui dépasseraient la force de résistance des malades. Elle donne alors le moyen de simplifier les choses, d'aller plus vite et d'éviter les mouvements d'un large drainage sus-pubien. Pour des raisons d'un tout autre ordre, le siège tubo-interstitiel de la grossesse, ou la présence d'un néoplasme utérin concomitant sont à leur tour des indications non douteuses de l'hystérectomie abdominale »

CONCLUSIONS

I. Les grossesses ectopiques ont une symptomatologie qui se rapproche de celle des grossesses utérines. Par un examen attentif, il n'est pas impossible de porter le diagnostic.

II. Le diagnostic doit se baser sur les douleurs, les pertes de sang, la fixité, l'irrégularité et la latéralité de la tumeur. Il faut aussi tenir grand compte du faux travail.

III. Les grossesses extra-utérines peuvent avoir une marche silencieuse ; parfois elles peuvent s'accompagner d'hémorragies et de douleurs violentes. Elles ont une durée variable et peuvent se compliquer d'accidents, dont le plus sérieux est la rupture du kyste.

IV. Le pronostic est grave pour l'enfant, presque fatalement voué à la mort. Il est grave aussi pour la mère.

V. Le traitement est variable suivant les cas.

a) *Si l'enfant est vivant* : il faut attendre pour opérer, à la condition qu'aucun accident alarmant ne se produise. En règle générale, il vaut mieux attendre l'interruption de la circulation inter-kysto-placentaire. Il est préférable de se contenter de la simple extériorisation du kyste.

b) *Si le fœtus est mort depuis peu*: ici encore, il vaut mieux attendre l'interruption de la circulation placentaire, en étant prêt à agir à la moindre alerte. On s'adresse à la laparotomie et on fait, de préférence, la simple extériorisation avec abandon du placenta.

c) *Si le fœtus est mort depuis longtemps*: il faut opérer le plus tôt possible et faire soit l'extériorisation du kyste, soit son extirpation, suivie de l'ablation du placenta.

Quant à l'ablation utéro-annexielle, on ne doit la tenter que lorsque les difficultés opératoires sont grandes ou qu'il existe des raisons majeures.

BIBLIOGRAPHIE

A

ABEL. — Arch. of Gynecol, 1893, t. XLIV.

ALBERTIN et DESGOUTTES. — De la grossesse tubaire (à propos de 77 observations personnelles). (Lyon chirurgical, 1908-09, pp. 453 617.)

AMMANN. — Ueber wiederholte Tubarschwangerschaft bei der Selden. (Frau, thèse de Bâle, 1900.)

ANDREWS (J.-N.). — On the anatomy of the frequent tube. Transactions of the obstetrical Soc. London, 1903, vol. XLV, p. 197.)

ASCHEFF. — Die Beziehungen der tubaren Placenta zum Tubenabort und zur Tubenruptur. (Arch. f. Gynæck, t. LX.)

ATHERM. — Grossesse abdominale à terme suivie après deux ans d'une grossesse utérine normale à terme, nécessitant une opération de Porro. (Bull. méd. Québec, oct. 1908, p. 49.)

AUDIBERT et MARIE. — Radiographie stéréoscopique positive dans un cas de grossesse extra-utérine. (Toulouse méd, 1907, p. 238)

AUDIBERT. — Description d'un kyste fœtal extrait par la laparotomie. (Toulouse médical, 1903, p. 286-288.)

AUVRAY. — Progrès médical, 9 juin 1900.

AUVARD. — Traité de gynécologie.

B

BAROZZI. — Un cas de grossesse ectopique péritonéale. (La Gynécologie, déc. 1906.)

- BAZALGETTES. — Des grossesses tubaires méconnues. (Thèse de Paris.)
- BÉJAU. — Sur trois cas de grossesses extra-utérines. (Bull. et mém. de la Soc. de chirurgie, avril-juin 1908)
- BÉRA. — Grossesse tubaire. Société anatomo-clinique de Lille. (Journal des sciences méd. de Lille, 1907, p. 157.)
- BICHAT. — Grossesses gémellaires intra et extra-utérines combinées. (Revue de gynécologie et de chirur. abdominale, juin 1903.)
- BIECKMASTER (A.-H.). — Electricity in extra-uterine frequency. Am. J. obst. N.-Y., 1890, pp. 337-343.
- BINAUD. — De l'hématocèle pelvienne particulièrement dans ses rapports avec la grossesse tubaire. (Thèse Bordeaux, 1892.)
- BLACKWOOD (W.-R.-D.). — Electricity vs. laparotomy in extra-uterine frequency. (Times and Reg. Philad., 1896, pp. 292-294.)
- BOEHM (H.-E.). — Ein Beitrag zur Diagnose und Therapie der extra-uterin Graviditæt. (Thèse Leipzig, 1904.)
- BOLDT (H.-S.). — The diagnosis of extrauterin frequency Post graduate. New-York, 1908, pp. 932-42.
- BOM (DE). — Grossesse extra-utérine rompue avec inondation péritonéale. (Progrès méd. belge. Bruxelles, 1909, pp. 21-24.)
- BOUILLY. — Notes sur la grossesse extra-utérine. (Gaz. hebd. des sciences médicales, fév. 1898, III, 1, p. 109.)
- BOURSIER — Précis de gynécologie.
- BOVIS. — Peut-on opérer les grossesses extra-utérines pendant la phase de shock ? (Sem. méd., Paris, 1908, pp. 529-532.)
- BRANDÉIS (R.). — Rétention fœtale extra-utérine datant de vingt et un ans. Examen histologique du fœtus. (Gaz. hebdom. des sciences méd. de Bordeaux, 1907, p. 42.)
- BRINDEAU. — Hémorragie intra-utérine dans un cas de grossesse ectopique. (Bull. Soc. obst. Paris, 1908, p. 385. Analyse : Annales de gynécologie et obstétrique, avril 1909, p. 232.)
- BRETAUNER. — Diagnostic précoce de la grossesse extra-utérine. New-York, juillet 1898.
- BROTHERS (A.). — Subsequent behavior of cases of extra-uterine frequency treated by electricity. (New-York med. Journal, 1898, II, p. 103.)
- Present position of the electrical treatment in ectopic gestation.
 - Diagnostic et traitement de la grossesse extra-utérine.

- BULA-LAFONT. — De l'intervention chirurgicale dans la grossesse extra-utérine. (Thèse de Bordeaux, 1891.)
- BURNIER. — Signes, diagnostic et traitement de la grossesse extra-utérine. (Gazette des hôpitaux, août 1908.)
- BUSCHNELL (C.-H.). — Extra-uterine frequency. Chicago, M. Times, 1908, pp. 484-495.

C

- CRANDON. — Deux opérations de grossesse extra-utérine chez la même malade : aspect moribond après la seconde opération ; traitement par la transfusion du sang ; guérison. (Boston medical and surgical Journal, 25 juin 1908.)
- CHAVANNAZ. — Statistique de grossesse extra-utérine. (Soc. de méd. et chirur. de Bordeaux, janv. 1908.)
- CHONE-DRAGHIESCO. — Grossesse dans la corne rudimentaire de l'utérus bicorne. (Bull. méd. Soc. chir. Bucarest, 1907-08, 30, 58.)
- CATURANI. — Il momento de la via di intervento nella gravidanza extra-uterino. (Archivo italiano di Ginec., avril 1909, p. 105.)
- COHN. — Grossesse extra utérine ouverte dans le rectum. (Bull. méd. Soc. chir. Bucarest, janvier-avril 1908, p. 11.)
- COLE (C.-S.). — A clinical record ectopie gestation. New-York J gyn. obst., 1892, 31-37.
- CAZEUX (P.). — Des modifications de la muqueuse-utérine au cours de l'évolution des grossesses ectopiques. (Annales de gyn. et obst. Paris, 1904, pp. 85-103.)
- CARL. — Ueber extrauterin Schwangerschaft und deren Therapie. These Munchen, 1903.
- CAMERON (S.-J.-M.). — Some pathological considerations of extra-uterine frequency. (Lancet, London, 1906, II.)
- CAMPIONE (F.). — Laparatomia primaria per gravidanza extra-uterine a termine. (Arch. di obst. e ginec. Napoli, 1908-1909, p. 647-673.)
- CHAVANNAZ (G.). — Un cas de coexistence de grossesse extra et intra-utérine. (J. de méd. franç. Paris, 1908, p. 715.)
- COYTEUX, PRÉVOST (L.). — Contribution à l'étude de la grossesse extra utérine basée sur 14 observations personnelles. (Bull. méd. Québec, 1901-02, pp. 523-543.)

- CROOM (J.-H.). — Série d'observations de grossesses extra-utérines démontrant l'utilité de l'intervention chirurgicale à toute période. (Rev. de thérap. méd. chir. Paris, 1895, pp 171-177.)
- COUVELAIRE. — Etudes anatomiques sur les grossesses tubaires. (Thèse de Paris, 1901.)
- CROISIER (M.-A.). — Grossesse extra-utérine rompue au huitième mois. (Soc. d'obst., de gynécol. et de péd. Paris, 1907 ; An. de gynécol. et d'obst., 1907 p. 688.)
- CHOYAN. — Etude de l'inondation sanguine péritonéale par rupture de grossesse tubaire. (Thèse de Paris, 1896.)
- COE. — Amer. Journal of obst., t. XXVII, p. 855.
— Med. News, avril 1900.
- CORNIL. — Sur l'anatomie et l'histologie de la grossesse tubaire. (Rev. de chir. et de gyn. abd., janvier-février 1900, n° 3.)
- CHARPENTIER. — Art des accouchements, t. I.
- CESTAN. — Des hémorragies intra-péritonéales et de l'hématocèle pelvienne. (Thèse Paris, 1894.)
- CLADO. — Traité de l'hystéroscopie.
- CASALIS (de Wignberg). — Un cas de grossesse après ligature des deux trompes. (Journ. of obst. and gynec. of the British Empire, nov. 1907.)
- CHAMBRELENT. — Communication de la Soc. d'obst. de Paris, 21 janvier 1904.)
- CHEOROT. — Grossesse ovarienne. (La Gynécol., déc. 1906.)
- CUTHBERT, LOCKYER. — Sur un cas de grossesse tubaire rompue où l'œuf continua à vivre pendant quatre semaines, la poche gravidé s'étant implantée dans le péritoine. (Com. à obst. Soc. London, séance du 7 oct. 1903.)

D

- DOLÉRIS. — Grossesse extra-utérine tubo-abdominale. (La Gyn., 1896, p. 235.)
- DITTEL (VAN) — Remarques sur la grossesse extra-utérine. (Progrès médical, 2 mai 1908.)
- DEL BET (P.). — Traité de chirurgie de Duplay-Reclus, t. VIII et suivants. Paris, 1908.
- DECARPENTRIES. — Deux cas de grossesse extra-utérine. Gros-

- sesse extra-utérine multiple. (Echo méd. du Nord. Lille, 1909, p. 159.)
- DARTIGUES (M.). — Grossesse extra-utérine récidivée. Hystérectomie abdominale : occlusion intestinale post-opératoire ; guérison. (Revue mensuelle de gyn., d'obst. et de péd., 1908, p. 143.)
- DUKEMANN. — Diagnostic et opération avant la rupture. (Med. record, 25 janv. 1908.)
- DEMONS et FIEUX. — Grossesse tubaire dans un conduit accessoire. (Ann. de gyn. et d'obst. Paris, 1902, 241.)
- DELETREZ. — Grossesse extra-utérine datant de douze mois. (Cong. nat. périod. de gyn., d'obst. et de péd. Rouen, 1904, pp. 92-99.)
- DAVID (J.). — Grossesses intra-utérines prises pour extra-utérines. (Thèse de Montpellier, 1901.)
- DEVÈTE. — Grossesse extra-utérine interrompue au deuxième mois, expectation armée, guérison. (Montpellier méd., 1907, 356-359.)
- DOLGOW (H.). — Ueber Dauerresultate der operativen Behandlung der Extrauterin graviditæt. (Thèse d'Iéna, 1906.)
- DELBET (P.). — Grossesse extra-utérine ; laparotomie ; hémorragie secondaire ; deuxième laparotomie : guérison. (Bull. méd. Soc. anat. Paris, 1906, pp. 460 464.)
- D'ERCHIA (F.). — Ovarosalpingite bilaterale e gravidanza tubarica destra Gyn. Firenze, 1905, pp. 287-300.
- DELAGENIÈRE. — De la grossesse tubo-utérine ou interstitielle. (Arch. prov. de chir., mai 1902, n° 5.)
- DOLÉRIS. — Sur le traitement de la grossesse ectopique. (Soc. d'obst., de gyn. et de pédiât., avril 1900.)
- Grossesse extra utérine et inondation péritonéale. (La Gyn., nov. 1909.)
- DEMIS. — Grossesse extra utérine datant de douze ans. (L'Abeille médicale, 1896.)
- DUGUET. — Contribution à l'étude de la grossesse extra-utérine. (Annales de gyn., 1878, t. 1.)

E

- EDEN (T.-W.). — On the importance of pain and hemorrhage as

symptoms of extrauterine gestation. British med. Jour.
London, 1909, I, pp 940-943.

EUSTACHE. — Diagnostic précoce de la grossesse ectopique. J. des
sc. méd. de Lille, 1903, pp. 97-108

EDGAR. — Edinburgh med. J., juillet 1899.

F

FIEUX. — Grossesse extra-utérine. J. de méd. Bordeaux, 1907,
p. 299.

— Grossesse extra-utérine abdominale. Rev. prat. d'obst.,
Paris, 1908, pp. 113-119.

FOURNIER. — Grossesse extra-utérine opérée à chaud. Gaz. méd. de
Picardie. Amiens, 1903, pp. 140-143.

FABRI. — Les injections intra-utérines comme cause possible de
grossesse tubaire. Soc. ital. di ostet. e ginec. Roma, vol.V,
p. 237.

FELLNER (O.-O.). — Extrauteriengraviditaet Gyn Rundschau. Berl. u.
Wien, 1908.

— Sur l'état des vaisseaux dans la grossesse tubaire. Ann. de
gyn., d'obst. et de péd., Paris, 1905, p. 682.

FRÉDÉRICQ. — Suites opératoires peu connues de grossesses ectopi-
ques Bull. de la Soc. belge de chirur. et de gynécologie.
Bruxelles, 1904-1905, p. 67.

FUNCK-BRENTANO. — Des grossesses internes survenant après la
grossesse extra-utérine. Thèse de Paris, 1898.

FERGUSSON. — J. H. British med. J., mai 1899.

FRANQUI et GARKISH. — Contribution à la grossesse ectopique.
Zeitschrift f. Heilkunde, 9 déc. 1905.

FRAENKEL. — La fonction du corps jaune. Arch. für gynec., 1903,
Bd. LXVIII.

FORGUE et MASSABUAU. — Traité de gynécologie. Collection Le Dentu-
Delbet, 1916.

G

GARIPUY (R.) et BERNY. — Grossesse extra-membraneuse de cinq
mois ; métrorragies abondantes. Compte rendu Soc. d'obst.
et de gyn. et de pédiat. de Paris, 1908, X, 296-298. Analyse

- Annales de gynécologie et d'obst. de Paris, avril 1909, p. 239.
- GETTY (S.-E.). — Ectopic gestation, diagnosis, and indications for treatment preirous to the fourt histories of 21 cases. New-York med. J., 1907, 1116-1123.
- GUERDJIKOFF. — Manœuvres abortives au cours de la grossesse extra-utérine. An. de gyn et d'obst., Paris, 1907, pp. 586-591.
- GANGOLPHE. — Grossesse extra-utérine. Montpellier méd. Bull. Soc. chirurgie de Lyon, 1900-1901, p. 199.
- GAUSSEL. — Un cas de grossesse extra-utérine. Montpellier médical, 1905, pp. 313-318.
- GROSS (G.). — Malade opérée de grossesse extra-utérine rompue. Revue méd. de l'Est. Nancy, 1907, pp. 90-92.
- GHYOOT. — De la grossesse extra-utérine et des états pathologiques connexes. Rev. méd. de Louvain, 1905, pp. 177-185
- GAUTHIER. — Sur la rupture de la grossesse tubaire et l'avortement tubaire. Thèse de Paris, 1893.
- GOBILLOT. — Symptomatologie de la grossesse extra-utérine. Thèse de Paris, 1894.
- GLITSH. — Zur Actiologie der Tubenschwangeschaft. Arch. für gynæk, 1900, t. LX.
- GUBB. — Le placenta dans la grossesse extra-utérine. Thèse de Paris, 1893.
- GUILLEMOT. — De la grossesse extra-utérine. Arch. gén. de méd., t. XXVIII.

H

- HELLER (J.-B.). — Cornual gestation in one horn of a bicornuate uterus. Rupture-recovery. Med. Press. London, 1908, p. 583.
- HARET. — Récidive de grossesse ectopique. Thèse de Paris, 1900-01.
- HEINECK (A.-P.), de Chicago. — Des grossesses extra-utérines. Leurs terminaisons. Leurs traitements d'après une statistique de 40 cas personnels. Gaz. de gyn., 1901, pp. 257-273-289.
- HAYD (H.-E.). — Some experiences with extra uterine frequency and report of a case. Buffalo med. Journ., 1908-09, 237-43.
- HANLEY (L.-G.). — Extra uterine frequency : obstruction of bowel ; a rupture of sac. Buffalo med. jour., 1908-09, p. 555.

- HUGINS (R.-R.). — Three cases of extra uterin frequency. J. Am. Ass. m. Chicaco, 1909, p. 1254.
- HANNES (W.). — Zur symptomatologie der Tubengraviditaet Therap. Rundschau. Berlin, 1909, III, 305-307.
- HICKS (H.-T.). — A case of ruptured ectopic, gestation occuring in a rudimentary horn of a uterus bicornis unicollis British med. Journ., London, 1908, I, 303.
- HISLIN (A.). — Un cas d'inondation péritonéale par avortement tubaire. Journ. de méd. interne, Paris, 1909, p. 16.
- HECKER. — Monat. f. Geburtskunde, Bd. XIII, 1894.
- HEINSIUS. — Beitrage zur Lehre von der Tubargravidits (Zeitsch. f. Geb. u. Gyn. 1901, Bd. XLVI.)
- HERRENCHMIDT. — Grossesse ovarienne. (Ann. de gyn. et d'obst., 1907)

J

- JOURDAN (M.). — Grossesse extra-utérine de trois mois. Marseille méd., 1908, 760-763.
- JEAUNE. — Sur deux cas de grossesses extra-utérines, l'une au début, l'autre à la fin de l'évolution. Normandie méd., Rouen, 1906, 559-562.
- JACOBS (C.). — Notes cliniques sur quatre-vingt-deux cas de grossesses tubaires. Com. à la Soc. belge de gyn. et d'obst. Ann. de gyn. et d'obst., Paris, 1903.
- JACOBS. — A propos de deux cas de grossesses tubaires. Enquête en Belgique sur l'intervention opératoire de la grossesse extra-utérine rompue. Bull. de Soc. belge de gyn. et d'obst., t. XX, n° 2, p. 30.
- Grossesse extra-utérine rompue avec inondation péritonéale. Prog. méd. belge, Bruxelles, 1909, p. 10-16.
- JABOULAY. — Grossesse extra-utérine en imminence de rupture extirpée par la laparotomie vaginale. Lyon méd., 1901, p. 660.
- JAYLE et MANDROT. — La grossesse tubaire bilatérale. Revue de gyn. chir. abd., Paris, 1904, p. 195.
- JAYLE. — De l'insuffisance ovarienne. Presse méd., 17 mars 1900, n° 22, et Rev. de gyn. et de chir. abd., 1901, p. 905-934.
- Effets physiologiques de la castration chez la femme. Rev. de gyn. et de chir. abd., 1897, p. 415.

JOÜON. — Contribution à l'étude de la grossesse tubaire. Th. de de Paris, 1892.

JAYLE et DELHERM. — Grossesse extra-utérine. Rev. de gyn. et de chir. abdominale, fév. 1900.

JAYLE et MANDROT. — Rev. de gyn. et de chir. abdominale, avril 1904.

JAYLE. — Rev. de gyn. et de chir. abdominale, décemb. 1907.

K

KAZNELSON (M.). — Über die Therapie der ektopischen Schwangerschaft am Fraunspital Basel Stadt (An Hand von 102 Fallen). Basel, 1908, F. Reinhardt.

KENNEDY. — Ectopic gestation. New-York Med. jour., 1909, p. 61.

KLEINBOMER. — Beitrage zur Lehre von der extra-uterin Graviditaet. Thèse de Strasbourg, 1904.

KERMANNER. — Beitrage zur Anatomie der Tubenschwangerschaft. Berlin, 1904.

L

LEFOUR et FIEUX. — Traitement. Grossesse extra-utérine. Rev. mens. de gynécologie de Bordeaux, 1903, pp. 214-216.

LAMBINON. — Deux grossesses molaires. An. Soc. méd chirurgie, Liège, 1907, pp. 170-174.

LEMERCIER. — De la grossesse extra-utérine intra-ligamentaire après le cinquième mois. Thèse de Paris, 1900-1901.

LARGER. — Etiologie de la grossesse ectopique. Bull. mens. Soc. chir., Paris, 1901, pp. 814-828.

LADINSKY. — Etude clinique d'une centaine de cas de grossesse extra-utérine. Am. Journ. of. obst., janvier 1908. An. Rev. mens. de gynéc. obst., juin 1908, p. 234.

LAROYENNE et DURAND. — Grossesse extra-utérine à terme et prolongée. Soc. de chir. de Lyon.

LECONTE (M.). — Les grossesses extra-utérines au point de vue du traitement chirurgical. Congrès de gynéc., Marseille, 8-15 oct. 1908.

LEGUEU (F.). — Diagnostic entre la grossesse extra-utérine rompue et l'appendicite. Bull. Soc. chir., Paris, 1903, p. 923.

LOEB (L.) et HUNTER (J.-W.). — Experiments concerning extra-uterine frequency and the influence of operation on the course

- of frequency. Univ. Penn. M. Bull. Phila. 1908-1909, pp. 294-298.
- LEJARS. — Grossesse extra-utérine. Congrès français chirurgie, Paris, octobre 1904.
- LEQUEUX. — De la grossesse angulaire et ses rapports avec la grossesse ectopique. Thèse de Paris, 1906.
- LABADIE, LAGRAVE et LEGUEU. — Traité méd. chir. de gyn., Paris, 1898.
- LEPAGE. — Diagnostic de la grossesse extra-utérine. Rev intern. méd. et chir., Paris, 1904.
- LÖEWEY (R.). — Grossesse extra-utérine latente. Bull. et Mém. Soc. Anal. Paris, 1900, pp. 1018-1023.
- LEGUEU (P.). — Sur un cas de grossesse extra-utérine. Bull. Soc. obst. de Paris, 1904, pp. 269-273.
- LAMBORN. — A study of the developpment, of extra-uterine decidua. Surg. gyn. d'obst., Chicago 1906, p. 388-392.
- LEPAGE. — Ann. de gyn. 1899.
- LAWSON-TAIT. — Traité des maladies de femmes, traduit par Ollivier, 1896.
- Leçons sur la grossesse ectopique et l'hématocèle pelvienne, 1888.
- LEJARS. — Les fausses couches tubaires. (Sem. méd., nov. 1904.)
- LOP. — Rupture de la trompe gravide. (Gaz. des hôp., juillet 1906).
- LUTAUD. — Traité clinique des maladies de femmes.

M

- MANSFELD (O.). — Contribution on the etiology of extra-uterine frequency. Budapest, 1906, 216-23.
- MACÉ. — Quatorze laparotomies pour grossesse extra-utérine. Bull. Soc. d'obst. de Paris, 1906, p. 232-242.
- MICHAUX. — Grossesse extra-utérine ovarienne. Bull. méd. Soc. chir. de Paris, 1907, p. 560.
- MARTIN (A.). — De la récédive de la grossesse extra-utérine. Thèse de Paris, 1900-1901.
- MARTEL et GIROUD. — Grossesse extra-utérine; élimination spontanée de quelques os. La Loire méd., août 1909, p. 423.
- MOURIQUAUD. — Grossesse extra-utérine de quatre mois à développement abdominal. Lyon méd., 5 et 12 janv. 1908.

- MASINI. — Grossesse extra utérine et hématocele pelvienne suppurée. Marseille méd., 150 et s., 1907.
- MANDL et SCHMIDT. — Etiologie et anatomie pathol. de la grossesse tubaire. Arch. für Gin., Bd. LVI.
- MARTIN (A.). — Grossesse extra-utérine abdominale de quatre mois. Laparotomie. Extraction du fœtus et du placenta. Guérison. Arch. prov. de chir., Paris, 1909, 140-144.
- MAUR (R.). — Contribution à l'étude de la symptomatologie de la grossesse extra-utérine, spécialement dans la première période. Thèse de Paris, 1903-04.
- MARTEL et GIROUD. — Grossesse extra-utérine. Trav. orig. La Loire méd., 15 août 1909.
- MATHIEU. — Sphacèle du kyste dans la grossesse extra-utérine. Th. de Toulouse, 1908.
- MALONE. — Symptoms of ectopic frequency. Mil. med. jour., 1909, p. 3, 4.
- MAXWELL. — A case of extra-uterin gestation. China, M. J., Shanghai, 1909, 14, 16.
- MONTGOMERY. — Diagnostic and treatment of extra-uterin gestation. Interstati M. J., Saint-Louis, 1909, 327-334.
- MANTEL. — Grossesse dans un utérus double prise pour une grossesse extra-utérine. Ann. de gyn. et d'obst., Paris, 1907, p. 84-89.
- MICHOLITSET. — Etiologie de la grossesse tubaire Gynœc., 1903. Bd. 49, Heft I.
- MIKHIN. — Intra or extrauterin frequency. Akurb I, Coliez. Saint-Petersbourg, 1909, XXIII, p. 499-502.
- MUCCI. — La gravidanza tubarica. Tommasi Napoli, 1909, IX, p. 328.
- MANN et BEJAU. — Grossesse extra-utérine ouverte dans le rectum. Bull. et mém. chir. de Bucarest, 1908, II.
- MURET. — Avortement et rupture de la trompe gravide. Rev. de gyn. et de chir. abd., 10 avril 1898, p. 195.
- De la grossesse interstitielle. Rev. de gyn. et de chirurgie, 1902, p. 35, numéro 1.
- MAYGRIER. — Terminaison et traitement de la grossesse extra utérine. Th. agrég., 1886.
- MAYGRIER et SCHWAB. — Précis d'obstétrique.

N

NAUGEBAUER. — Cent. Gyn. 1899.

O

OPOCHER. — Gravidanza extrauterina tubarica interstiliare con ritenzione del feto. Folia. gyn., 1908, vol. I, fasc. 3.

OTTO-RUSTNER, de Breslau. — De la grossesse extra-utérine. Article paru traduit dans les Ann. de gyn. et d'ost., par Labusquière, 1899.

P

PANTALONI. — Trois cas de grossesses extra-utérines opérés par des procédés différents et suivis de guérison. Arch. prov. de chir., Paris, 1898, p. 82-110.

PICHEVIN (R.). — Grossesse extra-utérine et ablation bilatérale des annexes. Sem. gynec., Paris, 1905, X, 297.

PELLET (J.-J.-Ch.). — De la coexistence de l'appendicite et de la grossesse extra-utérine. Th. de Lyon, 1908.

PATERSON. — A case of extra-uterine gestation operation during the 6th. month of frequency. Lancet, London, 1908, II, 18-35.

PERAIRE et LEFAS. — Kystes inclus dans le ligament large, pris pour une grossesse extra-utérine. Ablation du kyste. Myomectomie. Guérison. Bull. et mém. Soc. anat., Paris, 1908, 177-179.

PICHEVIN. — Du traitement de la grossesse extra-utérine à terme. Sem. gyn., 14 avril, 1908.

— Laparotomie ou incision vaginale dans le cas de rupture ou d'avortement tubaire. Sem. gyn. Paris, 1908, p. 65.

PINARD. — Signes, diagnostic et traitement de la grossesse ectopique après le sixième mois. Sem. méd. de Paris, 1894, p. 9-11.

POTOCKI et BENDER. — Grossesse extra-utérine rompue au sixième mois sans accidents graves. Grossesse abdominale secondaire avec mort et rétention du fœtus à nu au milieu des anses intestinales. Opération, dix mois après le début de la grossesse. Guérison. Ann. d'obst. et de gyn., 1904, p. 580-588.

- PINARD. — Nouveaux documents pour servir à l'histoire de la grossesse extra-utérine (Obs. X). Annales de gyn et d'obst., 1892, V, 38, p. 171.
- Documents pour servir à l'histoire de la grossesse extra-utérine. Douze observations, in-8°, Paris, 1892.
- PRÉVOST. — Contribution à l'étude de la grossesse extra-utérine. Rev. méd. du Canada, Montréal, 1902.
- POZZI (S). — Traité de gynécologie clinique et opérat., Paris, 1908.
- PINARD. — Documents pour servir à l'histoire de la grossesse extra-utérine (Obs. III). Ann. de gyn. avril 1889.
- POTOCKI — Grossesse extra-utérine à terme avec enfant vivant. (Bull. méd., Paris, 1908.)
- PINARD. — De l'intervention thérapeutique de la grossesse envisagée au point de vue de son évolution et de sa signification. (J. de méd., Paris, 1902, pp. 382-385.)
- POISSONNIER. — Grossesse extra utérine ; rupture tubaire , colpotomie ; laparotomie ; perforation intestinale ; guérison. (Soc. des sc. méd., Lille, pp. 198-207.)
- PANTALONI. — Grossesse extra-utérine rompue, laparotomie. (Soc. de chirurgie de Marseille, 15 mars 1906. Marseille méd , 1906, p. 438.)
- PICHEVIN. — Traitement des grossesses extra-utérines. (Sem. gyn., Paris, 1906, p. 177 Rev. prat. d'obst. et gyn., Paris, 1908, pp. 225 229.)
- Grossesse extra-utérine récente. (Sem. gyn., Paris, 1902, p. 289.)
- PICQUÉ. — Grossesse extra-utérine. (Bull. et mém., Soc. chirurgie, Paris, 1901, p. 1017.)
- PINARD. — Col utérin dans la grossesse ectopique. (Comptes rendus Soc. d'obst. et gyn., Paris 1903, p. 108.)
- PICHEVIN. — Règles et grossesses extra-utérines. (Sem. gyn., Paris. 1902, p. 121.)
- POZZI. — Présentation d'une pièce de grossesse extra-utérine à côté d'un utérus fibromateux. (Comptes rendus Soc. chirurgie, Paris, 1903, p. 142.)
- PACALIN. — Contribution à l'étude clinique de la grossesse à la fois utérine et extra-utérine. (Thèse de Lyon, 1903.)
- PLATON (J.-Ch.). — Leçons cliniques de gyn., 1906

PROUET. — Indications thérapeutiques et technique opératoire dans les grossesses tubaires. (Rev. prat. des con. méd., 25 mars 1902.)

PUECH. — Gazette obstétricale, 1879, n° 21.

PRENANT. — De la valeur morphologique du corps jaune. (Rev. génér. des sc., 1898, n° 16.)

Q

QUEIREL. — De la grossesse extra-utérine. (Revue prat. d'obst., juin 1908, pp. 177-204.)

R

ROBERTS. — A case of frequency at full time in a horn of a bicornate uterus removed 6 months after death of the Child. J. obst., British Empire London, 1906, pp. 604-608, 1 vol.

ROTT. — Ectopie gestation with special reference to the treatment, of tubal rupture. Tr. Ann. gyn. Soc. Phil., 1907, 373.

ROUFFART. — Grossesse extra-utérine. J. de ch. et an. Soc. belge de chirurg., Brux., 1906, pp. 435-437.

REMY. — Expulsion d'une caduque provenant d'une caduque ectopique. P. M., Paris, 1908.

REYMONDET et COUTON. — Grossesse extra-utérine rompue. Bull. Soc. anat., Paris, déc. 1908.

DESSAIGNES et LEPAGE. — Précis d'obstétrique.

ROUFFART. — Trois cas nouveaux de grossesse ectopique. J. de méd., Bruxelles, 1904, IX, p. 83.

RUDAUX. — Diagnostic de la grossesse extra-utérine. Clinique, Paris, 1906, p. 246.

ROUVILLE (DE). — Grossesse extra-utérine récidivée rompue ; fœtus de treize centimètres dans l'abdomen ; laparotomie ; guérison. Montpellier méd., 1909, pp. 193-202.

ROUTIER. — De l'hématocèle rétro-utérine. La Gyn., avril 1908.

— Grossesse extra-utérine. Bull. et Mém. de la Soc. de chirurgie, 1903.

S

SAUVÉ (Louis). — Contribution à l'étude des grossesses tubaires bilatérales successives et simultanées. Thèse de Paris, 1905-1906.

- SPINELLI. — L'intervention vaginale dans la grossesse tubaire pendant les premiers mois. Arch. de gyn., décembre 1907. Anal. Rev. méd. de obst., gyn. 1908, p. 111.
- SANTI. — Eléments qui peuvent justifier une erreur de diagnostic en fait de grossesse extra-utérine. Soc. toscane d'obst. et de gyn., 17 mai 1908.
- SABADINI. — Grossesse extra-utérine. Ann. de gyn. et obst. Paris, 1907, p. 420.
- SILOL. — Appendicite présentant des symptômes de grossesse extra-utérine. Marseille méd., 1905, pp. 111-118.
- SPARTALI (de Smyrne). — Deux observations de grossesses extra-utérines. Soc. obst. et de gyn. de Paris, 10 juillet 1905. Anal. Ann. de gyn. et obst., Paris, 1905, 748.
- STEPKOWSKI. — Etude sur l'étiologie de la grossesse extra-utérine. Rev. de chir. gyn., Paris, 1901, p. 13.
- SEGOND. — Traitement des grossesses extra-utérines. (Rev. de gyn. et de chir. abdom. Paris, 1898, p. 801.
- STIDGE. — Some moot points in the diagnosis and treatment of ectopic gestation. (Univ. Penn. M. Bull. Philad., 1909-1910, pp. 134-136.)
- SENS. — Grossesse extra-utérine récidivée. (Thèse de Paris, 1901).
- STAPPER. — Trois grossesses extra-utérines successives chez une dysménorrhéique stérile. Rev. de gyn. Paris, 1908, pp. 169-176.
- SMITH. — The diagnosis of extra uterin frequency. (J. Mich. M. Soc Detroit, 1908, pp. 325-328)
- SAINT-JACQUES et MARIEU. — Un cas de grossesse extra-utérine chronique, variété abdominale avec lithopédion. (Union méd. du Canada, Montréal, 1905, pp. 18-21.)

T

- TARNIER et BUDIN. — Traité de l'art des accouchements.
- THÉLIEU (Ch.). — Du diagnostic de la grossesse extra-utérine. Etude de 24 cas opérés à la Maternité de Lausanne, du 1^{er} décembre 1903 au 23 août 1906. (Thèse de Lausanne, 1908.)
- TOURNEUX. — Un cas de grossesse tubaire. (Toulouse méd. 1909, pp. 4-6.)

- TISSIER et PÉNARD — Grossesse extra-utérine ligamenteuse et rupture utérine. (Bull. Soc. d'obst., Paris, 1909, pp. 178-181.)
- TISSIER et WIART. — Grossesse ectopique intra ligamentaire mécon nue. Intervention à terme ; enfant vivant. Soc. obst. Paris, 16 juin 1908. Anal. Ann. de gyn. et d'obst., mai 1909, p. 106.
- THOMAS (H.-W.) et BURFORD. — On a case of extra-uterine gestation presenting special clinical features. British Homoeop. Rev., London, 1908, pp. 401-405.)
- TIXIER. — Grossesse extra-utérine de quatre mois, à développement abdominal avec pédicule l'unissant à la trompe ; ablation du kyste fœtal. (Lyon méd. 1908, ch. X, p. 35.)
- TREUB — Traitement de la grossesse extra-utérine, après rupture ou avortement tubaire. Anal. Ann. de gyn. et obst. Paris, 1908, p. 733. Rev. mens. de gyn. obst. 1908, p. 361.

V

- VALLOIS. — Quelques réflexions sur un cas de grossesse extra-utérine. (Rev. mens. de gyn. obst. et péd., Paris 1909, pp. 1-7.)
- VIAMAY. — Rupture de grossesse tubaire. Laparotomie au cours d'une hémorragie itérative. Guérison. (Liv. méd. Saint-Etienne, 1909, p. 27).
- VIOLET. — Grossesse tubaire gémellaire de date assez récente. Avortement tubaire ne se traduisant que par des symptômes douloureux. (Lyon méd., 1909.)
- VIGNARD. — Nouvelle contribution à l'histoire de la grossesse extra-utérine. (Gaz. méd. de Nantes, 19 sept. 1908, pp. 741-756.)
- VIGNARD. — Etiologie de la grossesse extra-utérine. (Ann. de gyn., 1901, p. 304.)
- VONON. — Sur quelques points de la symptomatologie de la grossesse extra-utérine. (Bull. de Soc. obst., Paris, 1908, p. 118.)
- VORON. — Grossesse extra-utérine probablement ovarienne. Bull. obst., Paris, 1900.
- VAN DER LINDEN. — Grossesse datant de six ans, dans la corne gauche de l'utérus bicorne. (J. de chir. et ann. de Soc. belge, Bruxelles, 1907, pp. 282-285.)
- VILLIATE. — Deux cas de grossesse extra-utérine (J. des sciences de Lille, 1908).

- VALLOIS. — Grossesse extra-utérine abdominale: rupture du kyste fœtal, laparotomie. Ablation du kyste fœtal. . Accidents post-opératoires. Guérison. (Montpellier méd., 1903, pp. 301-307).
- VAN ENGELIN, VIGNARD (E). — Contribution à l'étiologie de la grossesse extra-utérine, basée sur treize observations. (Ann. de gyn. et obst., Paris, 1901, pp. 384-364.)

W

- WADE et WATSON. — The anatomy and histology of and early tubal gestation. Tr. Edin. obst. Soc., 1908, pp. 229-246, 14 pl.
- WITHERSPOON. — Extra utérine frequency and operations before rupture (South M.-J. Mashville; 1908, p. 394.)
- WAREN (J.-C). — Extra-uterine gestation. Report of a case of a delivery of a viable. (Child. N.-Y. med. j., 1909, 894.)
- WARNIER. — A case of tubal frequency with early operation. Brit. med. J., London, 1909, pp. 1-270.)
- WERT (J.-N.). — Treatment of extra-uterine, frequency. Post-graduate, N.-Y., 1908, 942-945.
- WATTS EDEN. — Extra-uterin gestation B. med. J. London, 1909, 940)
- WALLICH. — Revue d'obst. et de péd., 1895. Diagnostic de la grossesse extra-utérine.

Z

- ZEGERS (R.). — Tres casos de embaraso extra-uterine. (Rev. méd. de Chil., 1908, pp. 264-272).

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 22 juillet 1916
Pour le Recteur,
Le professeur de Faculté délégué,
F. JADIN.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 22 juillet 1916.
Pour le Doyen,
L'assesseur délégué,
G. SARDA.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
AVANT-PROPOS.....	IX
INTRODUCTION ET APERÇU GÉNÉRAL DE LA QUESTION.....	15
OBSERVATIONS.....	22
CHAPITRE PREMIER. — Symptomatologie de la grossesse extra-utérine avec enfant vivant.....	46
Symptomatologie de la grossesse extra-utérine avec enfant mort.....	46
CHAPITRE II. — Diagnostic.....	49
CHAPITRE III. — Marche, durée, terminaison.....	51
CHAPITRE IV. — Pronostic.....	53
CHAPITRE V. — Traitement.....	55
1° Grossesse extra-utérine après le cinquième mois, enfant vivant.....	55
2° Grossesse extra-utérine après le cinquième mois, enfant mort récemment.....	57
3° Grossesse extra-utérine après le cinquième mois, enfant mort depuis longtemps.....	59
CONCLUSIONS.....	62
INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.....	64

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!
